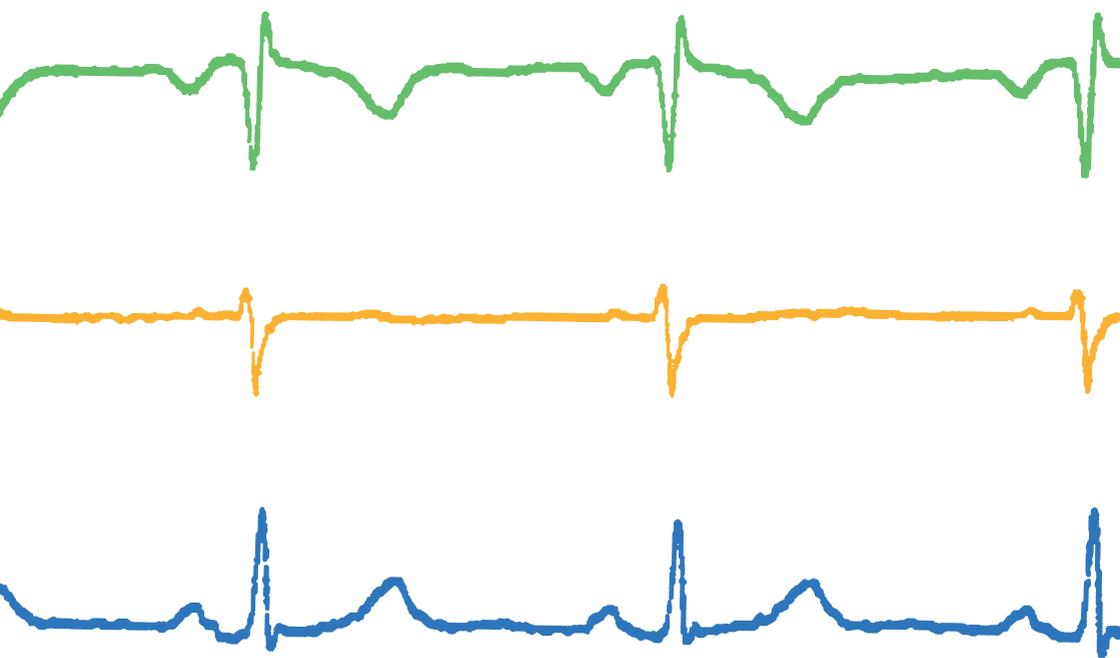


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2014



Equipo técnico

Carlos Mediano
José María Medina
Emiliana Tapia

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
Elena Urdaneta

Colaborador:

Ricardo Angora

Edita

medicusmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Félix Fuentenebro

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión

Infoprint

Para más información:

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España

Lanuza 9, local / 28028 Madrid (España)

Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65

federacion@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es

Prosalus

María Panés 4 / 28003 Madrid (España)

Tel: 915 53 35 91

prosalus@prosalus.es

www.prosalus.es

Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)

Tel. 91-5436033 Fax 91-5427923

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

Este documento se ha realizado con la financiación de la Federación de Asociaciones de **medicusmundi**, Prosalus y Médicos del Mundo.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2014

medicusmundi

Prosalus

Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

PROLOGO	13
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO.....	19
1. Introducción.....	19
2. Evolución de los ODM en Salud.....	24
2.1. Objetivo 4: Reducir en 2/3 la mortalidad de menores de 5 años.....	26
2.2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna.....	30
2.3. Objetivo 6: Combatir vih/sida, paludismo y otras enfermedades.....	36
2.4. Evolución de otros ODM.....	44
3. El momento post ODM: Agenda post 2015, la financiación de la Agenda y los ODS.....	50
3.1. Los cambios en la Agenda post 2015	50
3.2. La financiación de la Agenda post 2015	51
3.3. Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.....	58
4. Recursos Humanos Sanitarios: Un problema global.....	62
CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	69
1. Evolución de la Ayuda al Desarrollo total del CAD	69
2. Evolución de la AOD en Salud	74
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	76
CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	81
1. Consideraciones generales	81
1.1 Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	81
1.2. Datos generales de la AOD en 2013	83
2. La AOD en salud en 2013	84
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2013	84
2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales.....	90
2.2.1. AOD multilateral en salud en 2013.....	90
2.2.2. AOD multilateral en salud en 2013.....	92
2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud.....	93
2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud	94

3.	La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales.....	98
3.1.	La AOD descentralizada.....	98
3.2.	La AOD descentralizada en salud.....	99
4.	Incidencia informe 2013.....	106

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA 113

1.	Introducción.....	113
2.	La Ayuda Humanitaria Internacional.....	117
2.1.	Canalización de la ayuda internacional para Acción Humanitaria.....	118
3.	La Ayuda Humanitaria de la UE.....	124
3.1.	Canalización de la ayuda de la UE.....	125
3.2.	Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO.....	126
3.3.	Destino de fondos por sectores.....	129
4.	La Acción Humanitaria española.....	131
4.2.	La canalización de fondos.....	132
4.2.1.	La Ayuda Humanitaria bilateral.....	133
4.2.2.	La Ayuda Humanitaria multibilateral.....	134
4.2.3.	La Ayuda Humanitaria multilateral.....	135
4.2.	Distribución geográfica de la Ayuda humanitaria.....	136
4.3.	La Ayuda Humanitaria por sectores.....	138
4.4.	La Ayuda Humanitaria por agentes.....	141
5.	La acción Humanitaria descentralizada.....	142
6.	Análisis reflexivo sobre de tres de las emergencias con mayor impacto durante.....	145
6.1.	Filipinas. Tsunami.....	145
6.2.	Malí. En la crisis del Sahel.....	147
6.3.	Siria. Guerra civil y crisis humanitaria.....	149

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 153

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Tasa de mortalidad menores de 5 años/1000 nacidos vivos: 1990 y 2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014	27
Gráfico 1.2.	% de niños de grupo etario apropiado que recibieron al menos una dosis de la vacuna del sarampión 2000 y 2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014.....	29
Gráfico 1.3.	Tasa de mortalidad materna/100.000 nacidos vivos, 1990, 2000 y 2013. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014	31
Gráfico 1.4.	Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado 1990,2000, 2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014	32
Gráfico 1.5.	Proporción de mujeres atendidas 4 o más veces por personal cualificado en el embarazo, 1990.2000 y 2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014.....	34
Gráfico 1.6.	Tasa de incidencia del VIH (cantidad estimada de nuevas infecciones con el VIH, por año, por cada 100 personas de 15 a 49 años), por región, 2001 y 2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014	35
Gráfico 1.7.	Proporción de hogares con mosquiteras impregnadas con insecticida con suficientes mosquiteras para todos sus habitantes (color oscuro) y sin suficientes mosquiteras para todos los residentes del hogar (color claro). Fuente: Informe mundial sobre malaria 2013, OMS.....	39
Gráfico 1.8.	Casos estimados de tuberculosis en millones de personas 1990-2012. Fuente: Global tuberculosis report 2013.	41
Gráfico 1.9.	Proporción de personas con nutrición insuficiente, 1990-1992 y 2011-2013. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014.....	44
Gráfico 2.1.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2013. Fuente: CAD OCDE, 08/04/2014.	71
Gráfico 2.2.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud, sectores 120 y 130, por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	74
Gráfico 2.3.	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	75

Gráfico 2.4. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System.....	75
Gráfico 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2012 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	77
Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID	84
Gráfico 3.2. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2014 es una previsión en base a la Comunicación 2014.....	85
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	94
Gráfico 3.4. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	98
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.	99
Gráfico 3.6. Evolución de la AOD en salud de CCAA y EELL 2004-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	100
Gráfico 3.7. AOD en salud de 5 CCAA, 2006-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	102
Gráfico 4.1. Canalización de los fondos de ECHO a través de contratos con Organizaciones humanitarias en 2013. Fuente elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	126
Gráfico 4.2. Destino geográfico de los fondos de ECHO para AH. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	128
Gráfico 4.3. Destino de la AH por sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	129

Grafico 4.4.	Distribución de fondos para programas de RDD por sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO.....	130
Grafico 4.5.	Evolución de la AOD Española destinada a Acción Humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	132
Gráfico 4.6.	AOD Española multilateral para AH en 2013 por vías de canalización en euros. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	135
Gráfico 4.7.	Asignación de fondos por sectores en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	139
Gráfico 4.8.	Ayuda Humanitaria descentralizada por regiones de destino. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Propuesta de ODS de Naciones Unidas. Fuente: Propuesta de ODS y metas, Naciones Unidas.....	58
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2009 – 2013 (desembolsos en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE – CAD	72
Tabla 2.2.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System ..	76
Tabla 2.3.	Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	78
Tabla 2.4.	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2012 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	79
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2009-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID. En esta tabla están incluidos los datos de ayuda multilateral	86
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud. 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2013 publicados por SGCID	89

Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2010–2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	91
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2010 – 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	92
Tabla 3.5.	Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/CRS. 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	93
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2013. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	95
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según categorías del Plan Director, 2013. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	96
Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2013. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	96
Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2013. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	97
Tabla 3.10.	AOD en salud de las CCAA, 2012-2013. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	101
Tabla 3.11.	AOD descentralizada en salud según subsectores CRS. 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	103
Tabla 3.12.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas. 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	104
Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud por grupos de países según nivel de renta. 2013. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	105

Tabla 3.14.	EELL con mayor AOD en salud 2012, en euros. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	105
Tabla 4.1.	Fondos de ayuda humanitaria internacional (en miles de millones de \$ USA). Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System	117
Tabla 4.2.	Canalización de la financiación Internacional a través del FTS en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA	119
Tabla 4.3.	Evolución de la asignación a Fondos Comunes gestionados por OCHA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA.....	119
Tabla 4.4.	Distribución de los Fondos Comunes gestionados por OCHA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA.....	120
Tabla 4.5.	Principales sectores por canalización de fondos en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA.....	120
Tabla 4.6.	Fondos comunes canalizados a través de NNUU en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA.....	121
Tabla 4.7.	Donantes de Fondos comunes en 2013. Elaboración propia a partir de datos de OCHA	121
Tabla 4.8.	Países destino de los fondos CERF en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CERF.....	122
Tabla 4.9.	Países destino de ERF en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	122
Tabla 4.10.	Países destino de CHF en 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	123
Tabla 4.11.	Aportaciones directas de los Estados de la UE para financiación de AH durante 2013. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	125
Tabla 4.12.	Ejecución del presupuesto de ECHO 2013. Fuente elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	127
Tabla 4.13.	Detalle de la financiación de programas de RDD por aéreas geográficas en 2013. Fuente elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	130
Tabla 4.14.	Desglose de la AOD destinada a AH por vía de financiación. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	133

Tabla 4.15.	AOD Española bilateral para AH por vías de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	134
Tabla 4.16.	Distribución geográfica por regiones de la AH Española. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	137
Tabla 4.17.	Distribución geográfica por países de la AH Española. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	138
Tabla 4.18.	AOD española neta destinada a acción humanitaria en 2013, por sectores CRS y canales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	140
Tabla 4.19.	AOD de la Cooperación Descentralizada para AH en 2013 por canales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	142
Tabla 4.20.	Ayuda Humanitaria por CCAA. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	143
Tabla 4.21.	Distribución por sectores de la AH descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	145

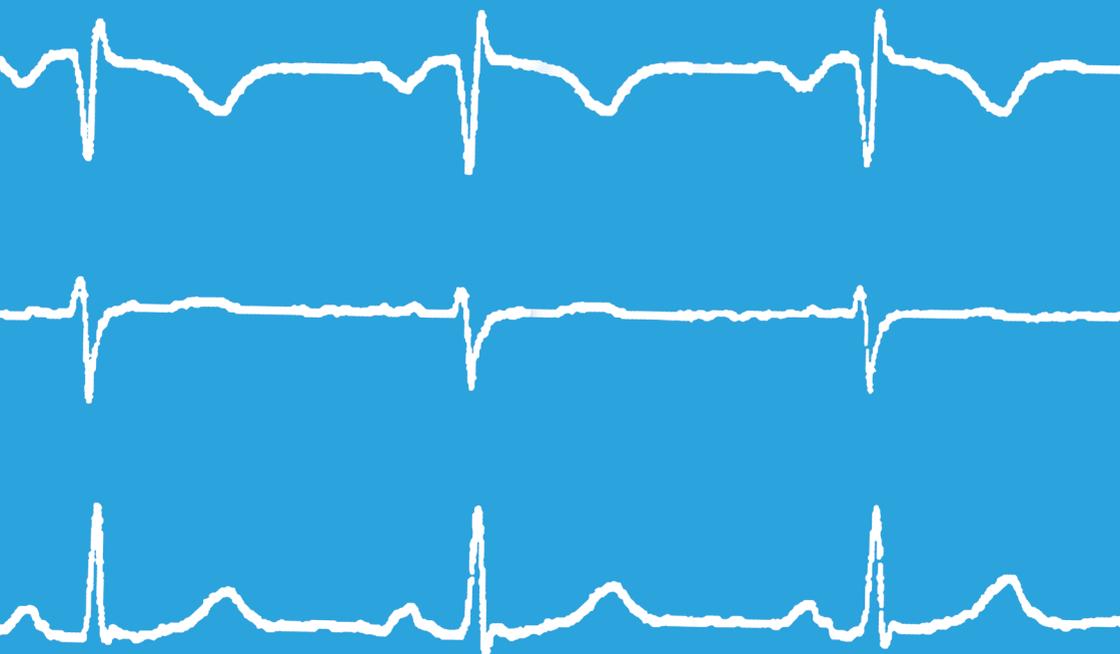
ÍNDICE DE RECUADROS

CAPÍTULO I

• La epidemia del ébola y las carencias de personal sanitario cualificado. medicusmund	23
• Impacto de intervenciones multisectoriales de bajo coste en la mejora de la salud en comunidades rurales andinas: una experiencia práctica de trabajo sobre los determinantes sociales de la salud. Prosalus	46
• Invertir en las élites. La iniciativa “Health in África” de la IFC. Organizaciones del Informe	57

CAPITULO II

• Proceso de revisión del concepto de AOD en el seno del CAD. Organizaciones del Informe	73
--	----



PRÓLOGO

Los recortes económicos han supuesto una disminución muy relevante de los presupuestos públicos destinados a sanidad en España. Si comparamos los presupuestos para salud pública en 2009, que alcanzaban los 70.000 millones de euros, con los presupuestados en 2014 (52.700 millones de euros, aunque es probable que al final haya una desviación al alza pero que no superará el 10%), observamos una reducción de más del 21%. Estos recortes se han dado sobre todo en personal –53.000 trabajadores menos en el sistema público de salud– e infraestructuras, que provoca aumento de listas de espera, camas cerradas, disminución de actividad de quirófanos, etc. Aunque la opinión de la ciudadanía en las encuestas del Barómetro Sanitario de 2013¹ nos muestre que la población sigue apostando por la sanidad pública, una encuesta de Metroscopia en 2014² muestra que el porcentaje de ciudadanos y ciudadanas que evalúan de forma positiva a la organización de la sanidad pública ha caído del 73% al 49% en un año (de 2013 a 2014).

La salud es un elemento primordial en los gastos de cualquier CCAA pero, al igual que pasa en la cooperación, no todas ellas han respondido de la misma manera a la crisis que nos afecta. Según el XI informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (FDASP)³, realizado en 2014, cuyo objetivo original era evaluar las diferencias en los sistemas sanitarios autonómicos desde la finalización de las transferencias sanitarias a las CCAA en 2001, confirma que estas diferencias entre CCAA en cuanto a los servicios de salud prestados van en aumento. Utilizando variables de financiación, recursos, funcionamiento (incluyendo listas de espera), política farmacéutica, valoración de la ciudadanía y privatización de servicios, ha establecido una clasificación de las CCAA. Con una puntuación máxima de 98, es Navarra con 82 la que mejores resultados obtiene, seguida de Aragón, Euskadi, As-

-
1. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013Presentacion.pdf
 2. <http://www.nuevatribuna.es/media/nuevatribuna/files/2014/09/01/informe-2014-1.pdf>
 3. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/113-observatorio-ccaa/872-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2014>

turias y Castilla y León. Las CCAA que según este informe tienen peores servicios sanitarios son Baleares con 54 puntos, Murcia 53, Canarias 47 y la última, Comunidad Valenciana con 46 puntos.

Es cierto que no hay una correspondencia directa entre esta puntuación y el papel que juega la salud en la cooperación en estas CCAA, pero muestra los diferentes criterios para entender la salud como una prioridad absoluta, que pueda estar integrada en las llamadas políticas acíclicas, que son aquellas que no deben ser afectadas por los ciclos económicos. La OMS afirma que los países que implementaron una política fiscal acíclica tienden a estar en una posición aventajada para enfrentarse al impacto de la crisis financiera⁴, e incluso las inversiones en salud pueden acelerar la recuperación económica⁵.

Y estos hechos son igual de importantes en la cooperación en salud. Invertir en la salud en la cooperación no solamente puede jugar un papel relevante en la mejora de la salud de las poblaciones más vulnerables, sino que puede ayudar al desarrollo global de los países receptores de ayuda, por lo que este sector debe ser imprescindible y prioritario dentro de la cooperación internacional.

4. World Health Organization, Regional Committee for Europe, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/activities/impact-of-the-financial-crisis-on-health-and-health-systems>

5. David Stuckler, Sanjay Basu, *The Body Economic. Why Austerity Kills*, Basic Books, 2013.

INTRODUCCIÓN

El actual brote de ébola en África occidental, causante de más enfermedad y muerte que todos los anteriores, es una bofetada de realidad que está poniendo en primer plano la deficiente respuesta auspiciada por la comunidad internacional ante una de las mayores crisis de salud global. No obstante, conviene recordar que dicha respuesta no es sino el resultado inevitable de las limitaciones preexistentes, focalizadas en la falta de apoyo real de la comunidad internacional a la Cooperación al Desarrollo y a las Agencias de Naciones Unidas encargadas de activar los mecanismos de coordinación.

Hace unos meses el ébola aún parecía una posibilidad lejana de la que no valía la pena preocuparse. Es ahora que el ébola nos ha llegado cuando nos damos cuenta de cuán interconectados estamos, de que en la era de la diáspora y la globalización no existen fortalezas aisladas. Parece evidente que si queremos derrotar al ébola, la comunidad internacional debe actuar en África Occidental llevando a cabo prácticas extensas de salud pública, estableciendo compromisos con las comunidades afectadas, proporcionando considerable asistencia internacional y solidaridad global.

Así mismo, esta crisis de salud internacional debe servirnos para poner en valor la necesidad de fortalecer los sistemas públicos de salud y a los profesionales de la salud; estos últimos tantas veces denostados, rechazados, estigmatizados, amenazados y asesinados (según datos de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, de Naciones Unidas, en 2013 fueron 155 los profesionales asesinados, 171 heridos de gravedad y 134 secuestrados).

En este contexto de emergencia sanitaria global, en España seguimos muy preocupados por la falta de compromiso real del gobierno con la cooperación internacional. En 2013, España se sitúa a la cola de los 15 donantes europeos del CAD, muy por debajo de la media, y por detrás de países que han sido objeto de rescate por parte de la Unión Europea como Portugal o Irlanda. Al nivel de España o por detrás sólo se encuentran Italia y Grecia. Y si analizamos los presupuestos de Ayuda Oficial al Desarrollo para 2015, las perspectivas siguen siendo sombrías, 0,17% de la RNB,

lo que sitúa la cooperación en niveles de los años 90 cuando España era aún un donante incipiente. A pesar del compromiso solidario de la sociedad española, la cooperación parece ser una política prescindible que puede ser desproporcionadamente recortada por motivo de la crisis o incluso ser eliminada cuando haya necesidad de ajustes, en vez de ser un medio de fundamentar los valores que nos han hecho crecer como seres humanos y como pueblos.

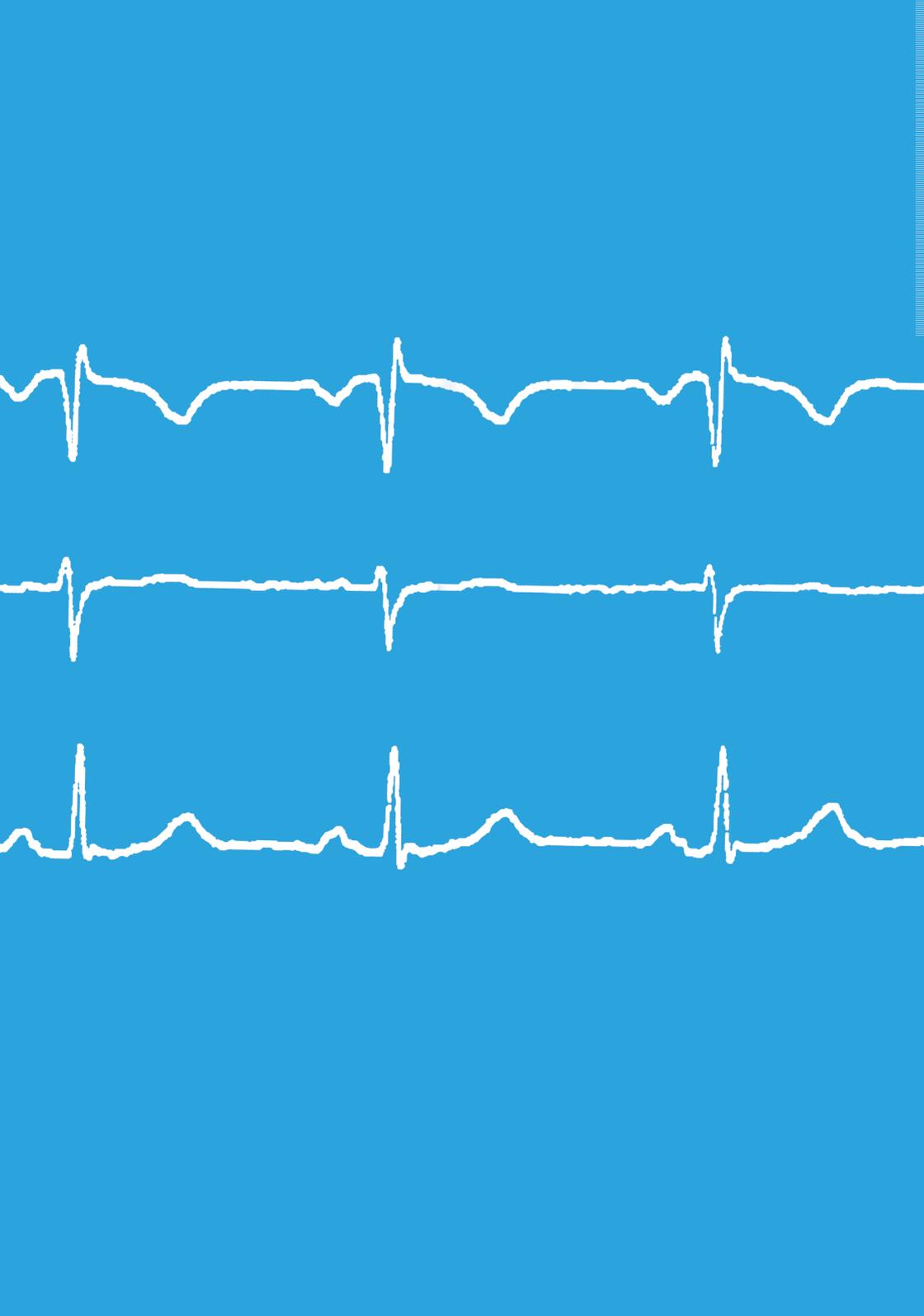
En cuanto a la salud mundial, si bien decimos que desde una perspectiva histórica ha mejorado sensiblemente en las últimas décadas, se mantiene, e incluso en ocasiones se incrementa, la brecha entre la salud de las poblaciones más enriquecidas y las más vulnerables. Y aunque se ha conseguido disminuir el número de pobres en el mundo a la mitad desde el año 2000, conviene recordar un dato a todas luces inmoral: la mitad de la riqueza mundial pertenece al 1% de la población.

Después de dos años de consultas, arranca la fase final de negociación intergubernamental de la agenda post 2015. Es el momento de acordar los objetivos, metas e indicadores del futuro marco, así como la financiación. No debemos olvidar que una de las razones principales por las que no se han alcanzado los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha sido la falta de un marco financiero creíble que permitiera disponer de los fondos necesarios. La implementación de la nueva agenda requerirá de unos recursos financieros que están muy por encima de los desembolsos actuales de Ayuda Oficial al Desarrollo y de los recursos nacionales actuales de los países.

En lo que respecta a la salud en esta nueva agenda, la de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), se proyecta como un objetivo importante que se concentra en un solo ODS, e incorpora las enfermedades que los ODM no tenían presentes, como las crónicas o las olvidadas. Resta redefinir el papel que deben jugar los sistemas públicos de salud, que son los garantes de la salud de la población y, por lo tanto, sobre quien recaería la responsabilidad del cumplimiento de este ODS. Y ello sin olvidar el difícil ejercicio propuesto de introducir la valoración sobre “las consecuencias de la salud en todas las políticas”, tanto nacionales como mundiales.

A lo largo de muchos años de trabajo hemos demostrado que el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, muy frágiles en muchos países, es un elemento primordial para la mejora de la salud mundial, así como una garantía de inclusión para las personas y colectivos más vulnerables, aquí y allí, en el norte y en el sur. La salud no es un privilegio, es un derecho para todas las personas.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe, especialmente a Jorge Seoane y al resto del equipo del departamento de estadística de la SGCID por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos.



CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Queda un año para llegar a 2015, fecha fijada en el año 2000 por la comunidad internacional para alcanzar los denominados Objetivos del Milenio (ODM), y las sensaciones que deja esta iniciativa son contradictorias. Por una parte, hay resultados que muestran que, cuando la comunidad internacional quiere, se pueden alcanzar las metas propuestas. En este sentido indicar que ha habido avances espectaculares en algunos indicadores mundiales. Pero también es cierto que no todos los objetivos se han conseguido y que tampoco se ha avanzado igual en todos los países. Un niño nacido en Suazilandia tiene casi 30 veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años, que un niño nacido en Suecia¹, lo que nos indica que aún vivimos en un mundo con grandes necesidades y mayores inequidades en la salud mundial.

Las causas son múltiples: una falta de compromiso real con los ODM, cuya financiación ha sido constantemente deficitaria; una falta de indicadores fiables para poder medir los avances reales; una debilidad estructural en muchos países que no les permiten alcanzar los progresos necesarios; el centrarse únicamente en lograr las cifras de los ODM con estrategias verticales sin tener en cuenta la sostenibilidad de las acciones, ni priorizar donde mayores problemas existen (África sigue siendo, pese a sus avances, la región con mayores problemas de salud); una forma de enfocar la salud muy selectiva sin tener como ejes de todas las acciones el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la multidisciplinariedad de la salud y la Atención Primaria de Salud;..., son las principales causas de no haber alcanzado los ODM. No debe, pues, sorprendernos que el ODM de salud con mayores problemas de cumplimiento sea el de la mortalidad materna, ya que no depende de una ayuda puntual, sino de un sistema sanitario que funcione y que dé respuesta a las demandas de salud de su población.

La comunidad internacional, para darle continuidad a los ODM, pretende poner en marcha a partir de 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), donde la

1. <http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/derechos-humanos-y-desafios-salud/20131124122350098551.html>

salud deberá tener un protagonismo similar al que tuvo en los ODM, focalizando sus acciones en la Cobertura Universal de salud que propone la Organización Mundial de la Salud como el objetivo mundial principal para la salud en los próximos años. Pero pese a que los líderes de los países renueven su apuesta por la equidad mundial, la situación es en estos momentos lo suficientemente compleja como para ver con preocupación el futuro.

Una economía equitativa es el paso previo para conseguir una equidad real. Y aunque se ha conseguido disminuir el número de pobres a la mitad desde el año 2000 en el mundo, la mitad de la riqueza mundial pertenece al 1% de la población mundial², 65 veces más que la que tiene la mitad de los habitantes del planeta en su conjunto. De hecho, la mitad más pobre de la población mundial posee la misma riqueza que las 85 personas más ricas del mundo. Y esta desigualdad en vez de decrecer, sigue aumentando cada año. Siete de cada diez personas viven en países donde la desigualdad económica ha aumentado en los últimos 30 años. Por lo tanto, el poder económico está cada vez en menos manos, y su capacidad para influir en las políticas es cada vez mayor. En una crisis financiera tan grave como la que estamos pasando, la respuesta mundial ha sido principalmente la de aumentar las desregulaciones financieras, seguir permitiendo los paraísos fiscales, y mantener e incluso incrementar la inequidad de los sistemas fiscales en algunos países, lo que ha favorecido a las clases más ricas. Sin embargo, se han establecido unas políticas de austeridad que afectan sobre todo a las clases medias y bajas, y entre ellos, a la población más vulnerable, cuyo acceso a servicios sociales, entre ellos la salud, queda más limitado.

En el ámbito de la cooperación sanitaria la situación se complica aún más. Las políticas de austeridad han provocado recortes importantes en la cooperación que venían realizando algunos de los donantes más relevantes, entre ellos España. Una cooperación sanitaria que debido a la fragilidad de los sistemas de salud públicos de los países más empobrecidos, la mayor parte africanos, es muy importante para poder mantener los resultados alcanzados hasta el momento. A estos dos factores le debemos añadir que la arquitectura de la cooperación sanitaria se está volviendo más compleja en los últimos años, con la aparición de nuevos países donantes como China o Brasil, y una atomización de la ayuda en salud sin tener una visión global de las problemáticas y soluciones en el sector de la salud. Más de 100 asociaciones público-privadas han iniciado multitud de programas de control de enfermedades en todo el mundo³, muchas veces trabajando contra las mismas enfermedades, y en

2. GOBERNAR PARA LAS ÉLITES Secuestro democrático y desigualdad económica, 178 informe de OXFAM, 20 enero 2014

3. <http://mundonegro.com/mnd/impacto-politicas-neoliberales-salud-afrika>

clara competencia entre ellas, sin buscar sinergias que potencien sus resultados. Los ODM en salud son, en sí mismos, un ejemplo de segmentación de la salud, donde por ejemplo quedan fuera los problemas crónicos o las enfermedades olvidadas.

Pero, ¿ha habido realmente avances en la salud mundial? Indudablemente. El esfuerzo de los últimos años está dando sus frutos en cuanto a mejoras en las tasas de mortalidad y en los indicadores a nivel global, pero siguen existiendo muchas inequidades en el acceso a salud, tanto entre los diferentes países, como en el interior de los mismos, que provocan que muchas personas no puedan ver satisfechas sus demandas en cuidados de salud. Además, constantemente las enfermedades nos recuerdan que no tienen fronteras, y más en un mundo global, que nos pueden afectar a todos y todas, y que debemos priorizar la salud sobre otros intereses.

En 2014 podemos observar varios ejemplos de enfermedades que han provocado grandes alertas mundiales. El ejemplo más mediático es sin duda la epidemia de ébola que comenzó en marzo de 2014 en el África Occidental, en países donde antes no se tenía constancia de la existencia de este virus. El pánico en torno al virus del ébola recuerda a la gripe aviar de 2005 y a la gripe porcina (AH1N1) de 2009. En España el miedo se ha visto incrementado por los dos misioneros fallecidos, tras ser repatriados, y por darse el primer caso de contagio por el virus, el de una enfermera, fuera de África. Es cierto que estamos ante el brote de ébola más grande, complejo y severo del que se tiene constancia. A mediados de octubre eran más de 3.800 las personas fallecidas y 8.033 el número de personas contagiadas (una tasa de mortalidad del 60% de los enfermos), afectando a varios países del África occidental⁴ (Sierra Leona, Guinea, Liberia y Nigeria), y avanzando más deprisa que la capacidad de la comunidad internacional para ponerle freno. La gravedad de la enfermedad es tal que Sierra Leona declaró a finales de julio el estado de emergencia, y las autoridades sanitarias de todo el mundo entraron en alerta epidemiológica para evitar el riesgo de expansión. Hay que recordar que desde 1976, año en el que se descubrió el virus, hasta 2013 el mundo ha sufrido hasta 24 brotes de ébola con un total de 1.750 muertos. La alerta sanitaria, una vez más, puede derivar en alarma social por la posibilidad remota de que el virus pueda llegar a los países ricos.

La OMS propone una serie de recomendaciones para la prevención y tratamiento del virus⁵ que no siempre tienen en cuenta los patrones culturales de las poblaciones, como por ejemplo la importancia de los funerales, lo que dificulta el control de esta enfermedad. Entre las consecuencias negativas de la alarma sanitaria, denunciada por algunas ONGD, destaca la menor dedicación de recursos a otras enfermedades

4. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/27/actualidad/1406478244_002746.html

5. http://www.who.int/csr/bioriskreduction/interim_recommendations_filovirus.pdf?ua=1

más letales en la zona, como la tuberculosis o la malaria, así como la suspensión de servicios de algunas empresas de transporte cuyas consecuencias son que esos países están sufriendo escasez de combustibles, alimentos y otros suministros básicos, por lo que la ayuda internacional es imprescindible⁶. De hecho, en septiembre la OMS pidió cuadruplicar los esfuerzos contra el ébola por parte de las agencias humanitarias, especialmente en Liberia⁷, donde se esperan miles de nuevos casos. A finales de agosto un nuevo brote de ébola, diferente al anterior, afectó a la R.D. del Congo, un país que había sufrido anteriormente brotes por esta enfermedad. Se está acelerando la posibilidad de contar con una vacuna contra esta enfermedad⁸, y al mismo tiempo se están probando nuevos tratamientos, con el riesgo a medio plazo de que aparezcan efectos secundarios desconocidos.

Otro ejemplo mucho menos letal, pero también importante, es la epidemia de la fiebre de Chikungunya, que afectó en las mismas fechas a América, y en especial a la zona del Caribe, y que fue denominado como “realmente grave” por la directora general de la OMS, Margaret Chan, con cerca de 5.000 enfermos detectados en julio y 465.487 casos sospechosos⁹. Hemos de recordar que en 2007 se notificó por vez primera la transmisión de Chikungunya en Europa, en un brote localizado en el nordeste de Italia¹⁰, lo que indica que es una enfermedad que puede saltar continentes rápidamente.

Para luchar contra estas enfermedades, no basta con dar una alarma mundial cada vez que aparece una epidemia, porque es como intentar cerrar una herida profunda con tiritas, al final se volverá a abrir. Todos los países deberían tener un sistema de salud fuerte, con adecuados sistemas de vigilancia epidemiológica que puedan responder rápidamente ante cualquier eventualidad sanitaria. Sin embargo, sigue habiendo demasiados sistemas sanitarios frágiles en el mundo, con muy pocos recursos humanos, materiales y económicos en cantidad y calidad suficiente para poder hacer frente a las necesidades de salud de su población, y las enfermedades se aprovechan para desarrollarse. Por ejemplo, en toda África Occidental, hay un solo centro para poder diagnosticar el ébola, y deben enviar previamente las muestras a Alemania. El director de ese centro falleció en Sierra Leona en 2014 durante esta epidemia¹¹.

6. http://www.who.int/csr/don/2014_08_20_ebola/es/

7. <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-oms-pide-cuadruplicar-esfuerzos-contra-ebola-20140909103444.html>

8. <http://www.niaid.nih.gov/topics/ebolamarburg/research/Pages/default.aspx>

9. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931&lang=es

10. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

11. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/31/actualidad/1406837259_874257.html

LA EPIDEMIA DE ÉBOLA Y LAS CARENCIAS DE PERSONAL SANITARIO

medicumsmundi

La epidemia de ébola que sufre África Occidental se ha convertido en la mayor alarma mediática de los últimos años. Los motivos están claros. Por un lado, su alta letalidad, por otro la falta de medidas de prevención seguras y la ausencia de un tratamiento específico. Pero sobre todo, su rápida expansión y por ende la posibilidad de que pueda afectar a los países desarrollados. Se trata de una enfermedad vírica aguda grave que se caracteriza por la aparición súbita de fiebre alta, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta (lo que se puede confundir en un principio con otras enfermedades como la malaria), seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática que se pueden complicar con hemorragias internas y externas que pueden llevar a la muerte. Su periodo de incubación es de 2 a 21 días, pero los pacientes son contagiosos mientras el virus esté presente en la sangre y las secreciones, con su infectividad más alta alrededor de la muerte del paciente, incluso después de muerto. Este virus se propaga en la comunidad mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo (a través de las membranas mucosas o de heridas en la piel) con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos, pero no por el aire.

A pesar de su gravedad, el ébola no es la única crisis sanitaria a la que se enfrentan estos países, ni la más mortífera por el momento. Enfermedades como la malaria, el cólera o la tuberculosis acaban con un mayor número de personas cada año. Por tanto, si bien es cierto que se deben tomar medidas para frenar esta enfermedad, también lo es que debe hacerse sin descuidar otras enfermedades cuantitativamente más mortíferas.

Liberia, Guinea y Sierra Leona son los 3 países más afectados por este virus en 2014, y no es casualidad que también estén dentro de la lista de los 15 países con menos personal sanitario por habitante –en los puestos 6, 10 y 14 respectivamente–. Las malas cifras también se repiten en términos de mortalidad materna, datos que son un buen indicador de la fortaleza o debilidad de un sistema de salud. Sierra Leona es el país que tiene la tasa de mortalidad materna más alta del mundo, estando Guinea y Liberia en los puestos 9 y 10. Y los países desarrollados somos parte del problema: Liberia y Sierra Leone son dos de los 5 países africanos que pierden más del 50% de sus médicos porque migran a los países de la OCDE.

Con estos números tan alarmantes, lo que está claro es que la escasez de personal sanitario es un gran problema en todos los países africanos, y que los sistemas de salud son extremadamente frágiles. Pero ojala el problema solo fuera la cantidad; en muchas ocasiones lo que falla es la ausencia de personal de salud bien capacitado. Es fundamental la formación sanitaria, pero también el desarrollo de capacidades básicas como la asimilación de otros patrones culturales, competencia indispensable para que puedan ser aceptados por la población, evitando rechazos. En África hay 731 etnias diferentes por lo que esperar un comportamiento homogéneo es complicado.

El caso concreto de la epidemia del ébola es un ejemplo ideal de la importancia de ampliar la formación sanitaria en ámbitos que trascienden de lo puramente clínico. Y es que se han detectado serias dificultades para convencer a la población local de que, en ciertos rituales funerarios, hay que extremar las medidas de prevención del contagio de la enfermedad, ya que en el momento del fallecimiento es cuando la infectividad es más alta. Pero este es un trabajo, el de la confianza personal sanitario-comunidad, que no puede hacerse durante una emergencia, sino que es necesario incorporarlo en los objetivos a medio y largo plazo de formación de personal.

Y si dejamos a un lado los conocimientos, los profesionales sanitarios también necesitan medios materiales, técnicos y económicos. Sin embargo, la nota dominante en la mayoría de las intervenciones es la precariedad de recursos, condición que explica por qué los trabajadores de salud están directamente afectados por esta epidemia, e incluso mueren, empeorando así el problema de la escasez de recursos humanos y de confianza de los usuarios en las prestaciones del sistema sanitario.

Probablemente si no la única si la mejor solución a largo plazo sea fortalecer los sistemas de salud locales, que son quienes deben responder a las necesidades de la población. Y dentro de este fortalecimiento, es necesario invertir en un programa de recursos humanos, en el que cada país sepa cuánto personal sanitario necesita y que perfiles profesionales deben tener, e invertir en la formación, mantenimiento y retención de estos, ya que son un elemento clave para asegurar la salud.

Sin embargo, y a pesar de todo lo que hemos visto, sería un error pensar en que la solución es conseguir suficientes trabajadores sanitarios para luchar contra esta u otras epidemias. Ahora es el ébola, y es importante poner todos los esfuerzos para controlar este brote, pero... ¿qué pasará al año que viene? ¿Será una epidemia de sarampión o una nueva gripe? ¿u otras viriasis hemorrágicas como las de Marburg o de Lassa?

La salud no se puede compartimentar, y aunque parece que no hay más enfermedad que el ébola en estos momentos, no podemos olvidarnos de otras como la malaria, la tuberculosis, el VIH o las diarreas... todo ello en un entorno de extrema pobreza, que es el mayor determinante de Salud de una persona.

2. EVOLUCIÓN DE LOS ODM EN SALUD

Como ya hemos comentado anteriormente y en anteriores informes, a pesar de los grandes avances conseguidos, los compromisos adquiridos con los ODM, incluyendo los de salud, no se van a cumplir.

Los avances en la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se miden por medio de 21 metas y 60 indicadores oficiales, y uno de los mayores retos a los que se ha debido enfrentar la comunidad internacional en estos 14 años es el hecho de poder contar con datos fiables que permitan medir realmente los avances¹².

Las carencias son múltiples. En muchos países en desarrollo todavía faltan datos muy básicos, como el número de nacimientos y muertes, ya que estos países carecen de un registro civil completo, que constituye la base para tener información sobre el número de nacimientos y muertes. Se calcula que en todo el mundo hay cerca de 230 millones de niños y niñas menores de 5 años que nunca han sido registrados,

12. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

casi uno de cada tres niños y niñas en ese grupo etario. Esto supone que no se les tiene en cuenta cuando se presentan los avances conseguidos, y pueden llegar a modificar de una manera muy importante las tasas de acceso a la atención sanitaria o a la educación, que se han utilizado para medir y valorar los avances de los ODM, ya que normalmente esta población es la que tiene más dificultades de acceso geográfico, económico, cultural, etc., a los servicios.

Los datos sanitarios también han provocado sus propios problemas. Cuando se crearon los ODM no se tuvo en cuenta la falta de acceso a datos de mortalidad materna que había en muchos países, y durante bastantes años no se ha podido conocer realmente los avances en ese indicador. Incluso hoy en día existen muchas estimaciones sobre esta mortalidad, pues muchas mujeres mueren en sus casas, y no son registradas. Pero este problema no se da solamente con la mortalidad materna. En los 41 países donde se produjeron el 85 % de los casos estimados de paludismo, los datos generados en los sistemas nacionales de información sanitaria siguen siendo incompletos o incoherentes; además, disponen de los sistemas de vigilancia más débiles por lo que los índices de detección son más bajos. En 2012, los sistemas de información sanitaria de rutina detectaron solo el 14 % de los casos de paludismo del mundo. En Uganda, uno de los países más afectados por el paludismo, pudimos constatar hace unos años como, y debido a una falta de recursos y capacidades, el diagnóstico del paludismo se realizaba mayoritariamente a través de la clínica y no por laboratorio, cuando la clínica de esta enfermedad se puede confundir con otras patologías. Esto puede provocar un subregistro o sobrerregistro de los casos de esta enfermedad¹³.

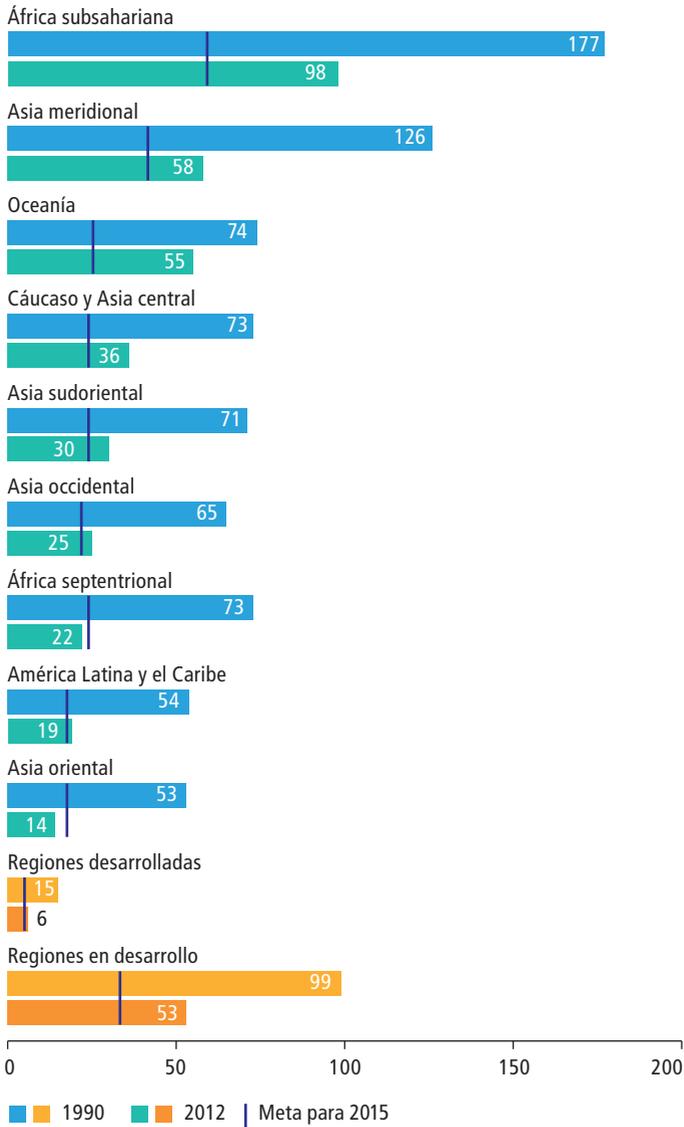
Por lo tanto, y a pesar de que los avances son innegables, existen ciertas dudas sobre su dimensión y sobre la participación ciudadana en los mismos. Por este motivo el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015 recomendaba en su informe “Una nueva alianza mundial: “erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible” realizar “una revolución de datos” para conseguir que la población se involucre en la consecución de los logros, mejorando la calidad de las estadísticas y de la información disponible para la ciudadanía. Pero esta apuesta por unos datos más fiables requiere de un incremento de recursos tanto humanos como materiales y económicos que difícilmente muchos países van a poder afrontar, pues sus prioridad es mantener los frágiles sistemas de salud que tienen. De ahí que la cooperación conjunta entre los distintos países deba ser una prioridad en este campo.

13. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Informe 2011. Prosalus, Médicos del Mundo, medicusmundi

2.1. Objetivo 4: Reducir en 2/3 la mortalidad de menores de 5 años

Las cifras globales de mortalidad infantil siguen decreciendo y si bien aún no se ha alcanzado la meta establecida, la disminución es muy relevante. Si en 1990 morían 12,6 millones de niños y niñas antes de cumplir los 5 años, en 2013 informábamos que la mortalidad infantil se situaba en 6,9 millones. El informe de este año sobre la evolución de los ODM que anualmente realiza Naciones Unidas, con cifras de 2012, sitúa la mortalidad infantil en 6,6 millones de muertes, menos de la mitad de las que se computaban en 1990. Pero hemos de recordar que la meta acordada tenía como resultado que la mortalidad infantil no superara los 4,2 millones de muertes, y parece muy difícil que esas cifras se alcancen, dado que en estos años no se ha planteado ninguna estrategia de choque lo suficientemente relevante como para que en 2015 se alcance la meta prevista. Si mantenemos la tasa de reducción de mortalidad infantil que tenemos en estos momentos, la más alta en las últimas dos décadas, con una tasa anual de reducción de 3,9% cuando en 1990 era de 1,2%, esta meta la alcanzaríamos en 2028, catorce años después de lo previsto. Si partimos de la premisa de que la mayor parte de las muertes infantiles, al igual que las maternas, son evitables pues contamos con los conocimientos y tecnología suficiente para evitarlas, debemos concluir que uno de los factores a los que se puede achacar el fracaso es a la falta de compromiso político de la comunidad internacional.

**GRÁFICO 1.1. TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS/1000 NACIDOS VIVOS:
1990 Y 2012**



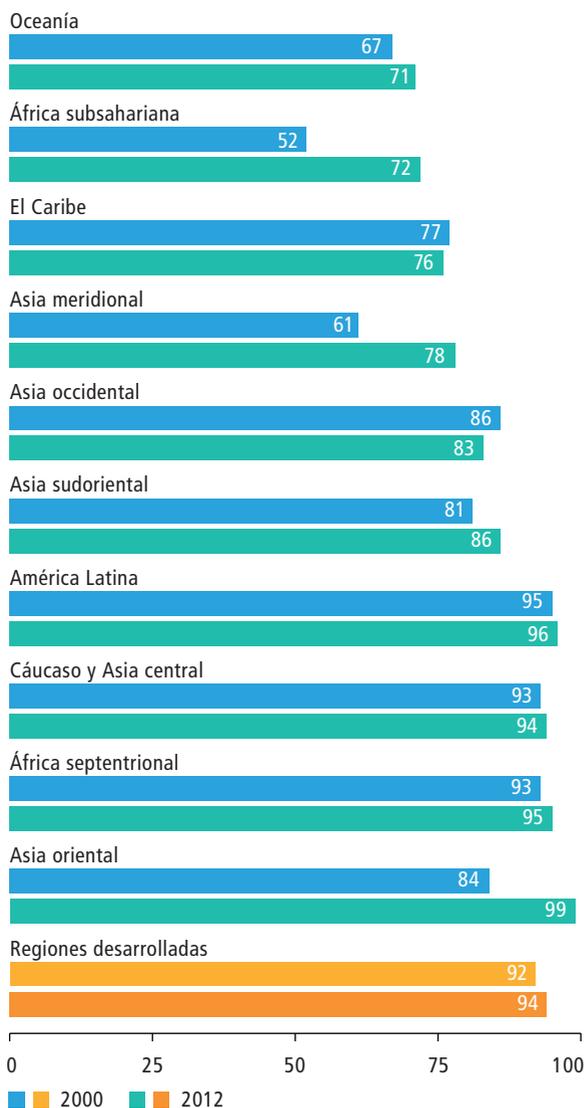
Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014

Añadir que la mortalidad infantil no está distribuida de forma homogénea por el mundo. Si bien varias regiones han alcanzado la meta prevista para 2015, otras, como vemos en el gráfico 1.1., África subsahariana, Asia meridional, Cáucaso/Asia central y Oceanía aún no la han alcanzado. Estas regiones deberían ser prioritarias en la lucha contra la mortalidad infantil, especialmente las dos primeras que reúnen más del 80% de las muertes totales en este periodo de edad. África subsahariana sigue siendo la región con mayor mortalidad en cifras absolutas: en 2012, casi la mitad de los menores de 5 años que murieron eran africanos y uno de cada 10 niños de África subsahariana falleció antes de cumplir esa edad. Indicar también que, analizando las cifras, extraña que el menor porcentaje de disminución se dé en Oceanía, con apenas un 26% de reducción de la mortalidad infantil con respecto a las cifras de 1990.

El hecho de que la mitad de las muertes en el mundo sean durante el periodo neonatal, nos indica la relación existente entre mortalidad materna e infantil, pues para reducir la mortalidad neonatal es necesario invertir más en el cuidado materno alrededor del parto. Y para ello es absolutamente necesario reforzar los sistemas públicos de salud que permiten afrontar los problemas actuales de falta de acceso sea este geográfico, económico, técnico o cultural que afecta a muchos países en desarrollo.

Todos los países han conseguido reducir la mortalidad infantil, pero han sido los de ingresos medio-altos quienes más éxito han tenido. Aunque la brecha en la tasa de mortalidad de menores de 5 años entre los hogares más ricos y los más pobres ha disminuido en casi todas las regiones del mundo, África subsahariana es la excepción, lo que nos plantea dos reflexiones para el futuro: (i) a pesar de la influencia de la pobreza en la salud se puede acabar con la mortalidad infantil en todos los hogares, independientemente del nivel de riqueza o pobreza; (ii) África subsahariana necesita de una estrategia especial, que analice en detalle las causas de la mortalidad infantil y pueda contribuir eficazmente a su reducción.

GRÁFICO 1.2. % DE NIÑOS DE GRUPO ETARIO APROPIADO QUE RECIBIERON AL MENOS UNA DOSIS DE LA VACUNA DEL SARAMPIÓN 2000 Y 2012



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014

Una de las estrategias más exitosas en cuanto a salud infantil ha sido la ampliación de las coberturas de vacunación en el mundo. Si tomamos el ejemplo de las campañas de vacunación contra el sarampión, observamos que la mortalidad, que mayoritariamente se da en menores de 5 años, ha pasado en los últimos 12 años de 562.000 muertes en 2000 a 122.000 en 2012, una reducción de tres cuartas partes. De este éxito, debemos excluir África subsahariana y Asia meridional, que acumulan el 89% de las muertes que aún siguen produciéndose por sarampión. Estas muertes, teniendo una vacuna eficaz, segura y barata, son sin duda un fracaso de la comunidad internacional. Es cierto que al principio la cobertura mejoró a nivel mundial de una manera importante, y pasó del 72% en 2000 a 84% en 2009, pero allí se estancó. El nivel de cobertura recomendado es del 90% en cada país, pero como vemos en el gráfico 1.2., 6 regiones mundiales no llegan a esas cifras. Se estima que 21,2 millones de bebés, la mayoría en las zonas más pobres del mundo, no fueron vacunados de la primera dosis contra el sarampión en 2012.

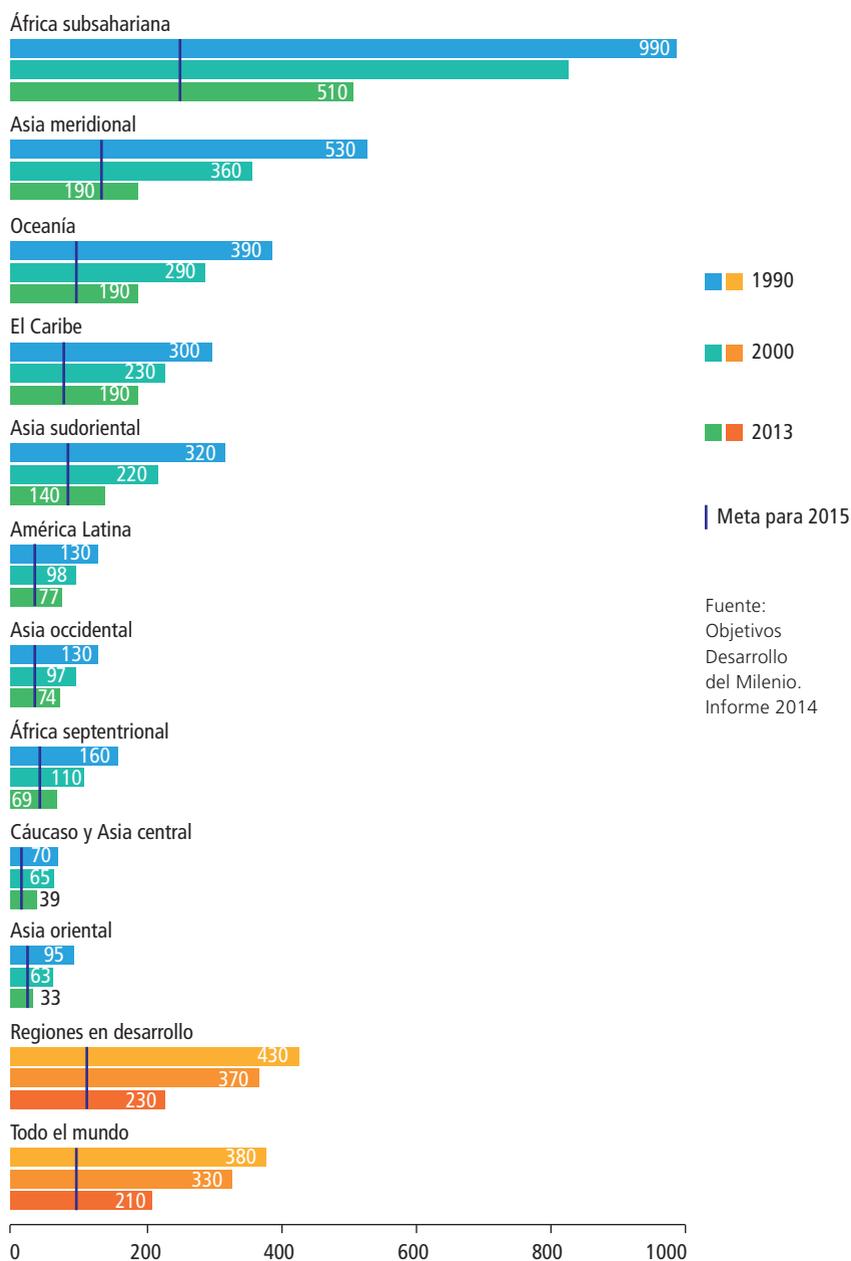
2.2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna

META: REDUCIR ENTRE 1990 Y 2015 LA MORTALIDAD MATERNA EN $\frac{3}{4}$

Al igual que con el ODM 4, los resultados conseguidos en esta meta son espectaculares, habiéndose reducido en un 45% las muertes maternas entre 1990 y 2013. Pero siguen muriendo cerca de 300.000 mujeres al año –800 cada día– por problemas en el embarazo y parto, cuando la mayor parte de estas muertes se evitarían con una atención sanitaria adecuada¹⁴. Las 4 complicaciones que causan el 80% de las muertes maternas son las hemorragias graves e infecciones (en su mayoría tras el parto), la hipertensión gestacional y los abortos peligrosos.

14. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

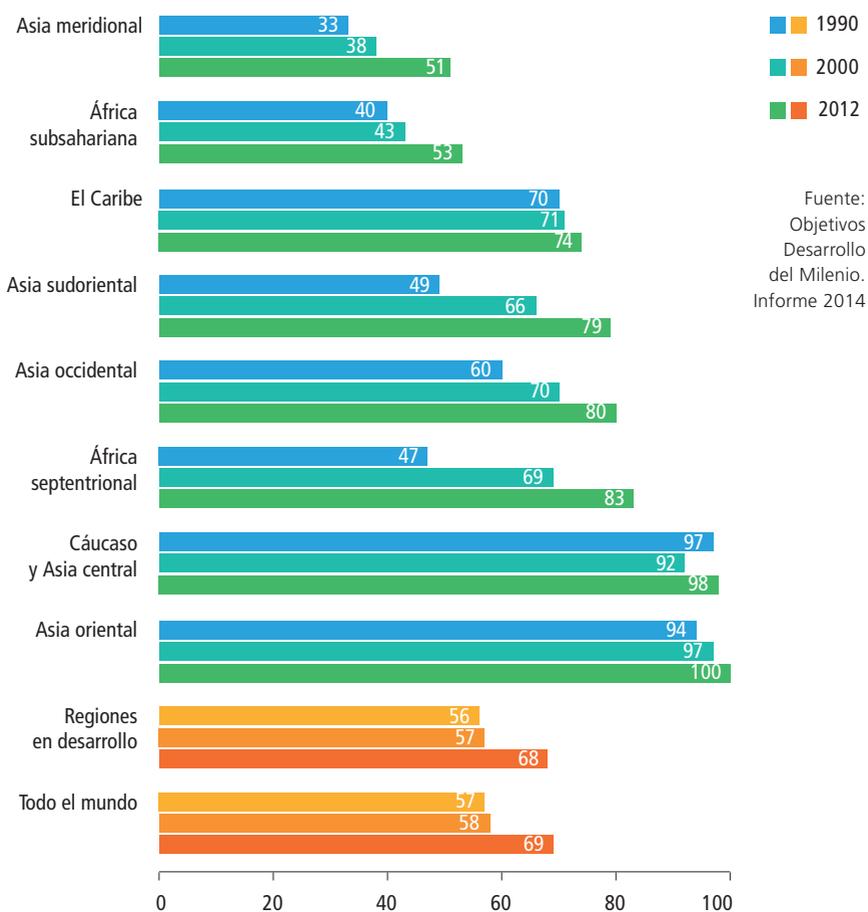
GRÁFICO 1.3. TASA DE MORTALIDAD MATERNA/100.000 NACIDOS VIVOS, 1990, 2000 Y 2013



Fuente:
Objetivos
Desarrollo
del Milenio.
Informe 2014

Al igual que sucediera en el ODM 4, la distribución mundial de la mortalidad materna no es homogénea. Las regiones en desarrollo tienen una mortalidad 14 veces más alta que las regiones desarrolladas. Dos países, India y Nigeria acumulan casi la tercera parte de todas las muertes maternas. Por zonas geográficas, el 62% de las muertes maternas se localizan en África subsahariana, y es Sierra Leona con una mortalidad de 1.100 mujeres por cada 100.000 partos la más alta del mundo, mientras que en las regiones desarrolladas la media se sitúa en 16 muertes por cada 100.000 partos.

GRÁFICO 1.4. PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CUALIFICADO 1990,2000, 2012



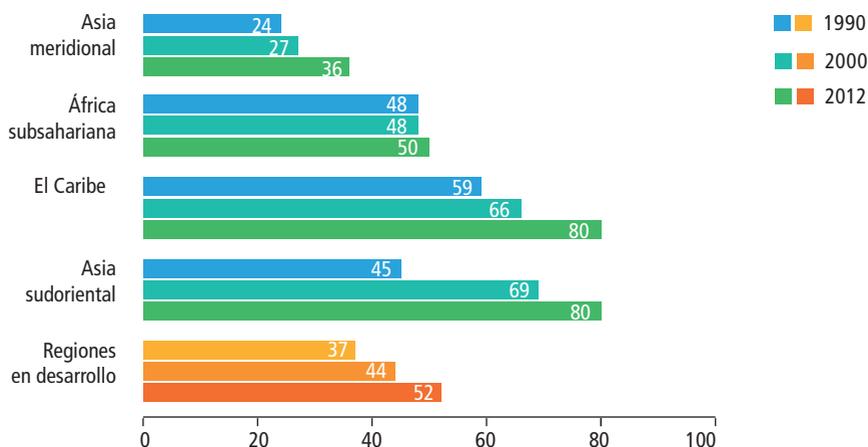
Sin duda podemos establecer una relación directa entre mortalidad materna, falta de asistencia de un profesional de la salud capacitado (médico, enfermera o partera) y disponibilidad de medios adecuados en el embarazo, parto y post parto. Aunque ha crecido del 56% al 68% el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado en las regiones en desarrollo, es insuficiente a todas luces para poder asegurar la salud de las mujeres gestantes. Apuntar que el mayor incremento se da principalmente en zonas urbanas si bien, de los 40 millones de nacimientos no atendidos por personal de salud en 2012, más de 32 millones se produjeron en áreas rurales, un 80%.

Es cierto que ha mejorado la atención prenatal. Actualmente, en las regiones en desarrollo, el 83% de las mujeres embarazadas han sido vistas por personal de salud cualificado una vez durante el embarazo. En 1990 el porcentaje era del 65%. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se hagan 4 visitas prenatales durante el embarazo, con el fin de supervisar correctamente el embarazo y prevenir futuras complicaciones. En 2012 solamente el 53% de las embarazadas han alcanzado esa cifra, destacando que Asia meridional es la región con menor porcentaje, un 36%, seguido de África con un 50%, las dos regiones con mayor mortalidad materna.

META: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A SALUD REPRODUCTIVA EN 2015

Las carencias en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva no es el único condicionante de la mala salud de las mujeres. Los países tienen que apoyar las iniciativas encaminadas a fortalecer los sistemas sanitarios a fin de que estos presten servicios integrados y de calidad. Una planificación adecuada de los sistemas locales de salud mejoraría el alcance de los servicios existentes, especialmente en el plano de las necesidades demandadas por grupos de población desasistidos, como es el caso, en algunas regiones, de las mujeres embarazadas.

GRÁFICO 1.5. PROPORCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS 4 O MÁS VECES POR PERSONAL CUALIFICADO EN EL EMBARAZO, 1990, 2000 Y 2012



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014

A la hora de establecer las estrategias de salud materna, además del ámbito sanitario deben atenderse las características sociales y culturales de la población, si queremos garantizar una mayor eficacia en la acción. En 2012, el 25% de las mujeres de 15 a 49 años que tenían pareja estable en África subsahariana, expresó su deseo de demorar o evitar el embarazo, pero añadía a continuación que no había utilizado ni utilizaba método anticonceptivo alguno. Y los motivos no son únicamente de accesibilidad económica o de carencia de medios. La inequidad de género es algo que está presente en muchos de los problemas de salud que tienen las mujeres en el mundo, también en el embarazo y parto, y sus carencias reales a la hora de tomar decisiones sobre su salud son una de las causas principales que explican esta situación.

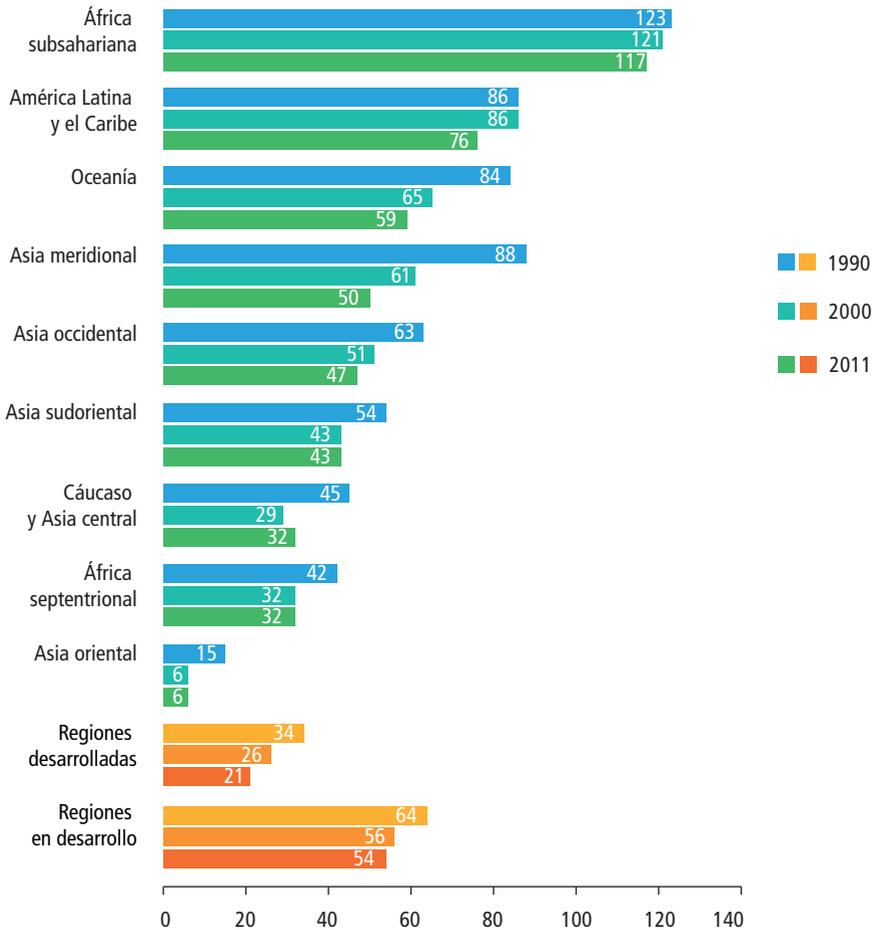
2.3. Objetivo 6: Combatir el vih/sida, paludismo y otras enfermedades

La comunidad internacional se ha volcado en la lucha contra estas enfermedades, sobre todo malaria y vih/sida. En los últimos años esta lucha está dando grandes resultados, habiéndose conseguido rebajar sustancialmente las tasas de incidencia de ambas enfermedades. Pero muchas veces, demasiadas, estas iniciativas se han hecho de forma vertical sin incorporarse realmente a las estrategias locales de salud que el propio Ministerio de Salud del país pretendía llevar a cabo, restando así eficacia y sobre todo sostenibilidad a las acciones.

VIH/SIDA

La tasa de incidencia (nuevos casos) entre 2001 y 2012 por esta enfermedad ha disminuido en el conjunto de todas las regiones del mundo, destacando la reducción lograda en las dos regiones con mayor incidencia, África meridional (48%) y África central (54%).

GRÁFICO 1.6. TASA DE INCIDENCIA DEL VIH (CANTIDAD ESTIMADA DE NUEVAS INFECCIONES CON EL VIH, POR AÑO, POR CADA 100 PERSONAS DE 15 A 49 AÑOS), POR REGIÓN, 2001 Y 2012



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014

A pesar de los avances, el informe “Gap Report 2014” sobre sida que ha elaborado ONUSIDA señala que en 2013 hubo 2,1 millones de nuevos casos, el 70% en África subsahariana, y 1,5 millones de muertes. De estas muertes, alrededor de 200.000 fueron de niños y niñas. En 2005, año de mayor registro de mortalidad por vih/sida, fueron 320.000 las muertes de niños y niñas. Si nos centramos en los últimos 3 años, observamos que las muertes han descendido un 19%, debido sobre todo a la accesibilidad a los tratamientos antirretrovirales. Pero esta disminución en la mortalidad no se ha producido en todas las regiones de manera uniforme. Desde 2005, hay algunas regiones que han visto incrementados su mortalidad, como Oriente Medio y Norte de África (un 68%), Europa del Este y Asia Central (un 5%).

Si bien se reduce el número de fallecidos por vih/sida, al no descender el número de nuevos casos a la misma velocidad, la cifra de personas viviendo con la enfermedad sigue aumentando, alcanzando en 2012 la cifra de 35,3 millones¹⁵. Y la enfermedad está lejos de controlarse, pues hay varios datos muy preocupantes.

Solo el 48% de las personas que viven con vih sabe que está infectada, lo que sin duda dificulta el control de la enfermedad. Este desconocimiento facilita que se siga propagando la enfermedad y, además, no se acceda a tratamiento antirretroviral, que se muestra efectivo para revertir el vih/sida en una enfermedad crónica. Cerca del 86% de las personas que viven en África subsahariana con vih y conocen su situación, reciben terapia antirretroviral, y alrededor del 76% han conseguido supresión viral, lo que reduce la posibilidad de contagio¹⁶.

Con respecto al acceso a tratamientos, se está en el camino de poder alcanzar en 2015 los 15 millones (son casi 13 millones a finales de 2013), tal y como se comprometió en la “Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA”, de la Asamblea General de Naciones Unidas de junio de 2011¹⁷. Gracias al acceso al tratamiento se han salvado en el mundo 7,6 millones de vidas desde 1995. Pero la pregunta actual es saber qué pasa con los otros 20 millones de personas que viven con vih, y que no están contempladas en el compromiso adquirido para 2015. Además, el tratamiento no se debe únicamente centrar en la lucha contra el vih, sino con toda una pléyade de enfermedades que acompañan al vih/sida. Se estima que entre 2 y 4 millones de personas con vih tienen también hepatitis B, y entre 4 y 5 millones hepatitis C.

15. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

16. <http://std.about.com/od/T-Z/g/Viral-Suppression.htm>

17. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf

En el informe de Naciones Unidas al que nos hemos referido anteriormente, se plantean 8 acciones para acabar con la epidemia del vih/sida, acciones que son algo más que un enfoque meramente sanitario de la enfermedad:

1. Proteger los derechos humanos, considerar la humanidad como una familia y no dejar a nadie atrás
2. Invertir en las comunidades
3. Pensar a lo grande: asegurar el liderazgo y las inversiones
4. Focalizar en la población y en las epidemias a nivel local
5. Descentralizar la prestación de servicios de vih
6. Ampliar las opciones de prevención y tratamiento
7. Integrar los programas de vih con otros de salud y desarrollo
8. Innovar e invertir para una cura y una vacuna

Incorporar estas acciones en la lucha contra el vih/sida permite un abordaje integral de la enfermedad, pues a los aspectos puramente sanitarios incorporamos factores sociales.

MALARIA

La malaria es otra de las enfermedades que ha recibido mayor atención internacional y que ha aumentado de forma considerable la financiación y cobertura de los programas específicos contra malaria. La OMS propone para controlar y eliminar esta enfermedad una estrategia integral que incluya intervenciones de control del vector (el mosquito que transmite la enfermedad), medidas preventivas, test diagnósticos, tratamientos con terapias combinadas con Artemisina y una fuerte vigilancia epidemiológica. A nivel de prevención, la utilización de mosquiteras impregnadas de insecticida es la acción que se ha demostrado más eficaz, si bien el aumento de resistencias a los insecticidas puede alterar en el futuro las estrategias de control de esta enfermedad. En 64 países donde la enfermedad es endémica, se han identificado resistencias de los mosquitos al menos a un insecticida utilizado para el control de la malaria. En 2012, la OMS y la alianza Roll Back Malaria publicaron el Plan Global para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas¹⁸.

El informe mundial sobre la malaria 2013¹⁹ muestra los avances conseguidos en la lucha contra la malaria. Entre 2000 y 2012 la mortalidad se ha reducido un 42% (un

18. http://www.who.int/malaria/vector_control/gpirm_executive_summary_sp.pdf

19. http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/

48% entre los menores de 5 años). Las proyecciones para 2015, si se mantienen los niveles de ayuda de los últimos años, sitúan la reducción de la mortalidad por malaria en un 52%, que aun siendo muy significativa, está lejos del 75%, que es la meta que la comunidad internacional se puso para ese año en la Asamblea Mundial de la OMS en 2005²⁰. Si escrutamos los datos por países vemos que 59 de los 103 países que en el año 2000 tenían una transmisión activa de malaria están alcanzando el ODM de reducir la incidencia de malaria y 52 alcanzarán el 75% de reducción. Aun así, siendo importantes estos avances, tenemos 44 países que no van a conseguir este ODM.

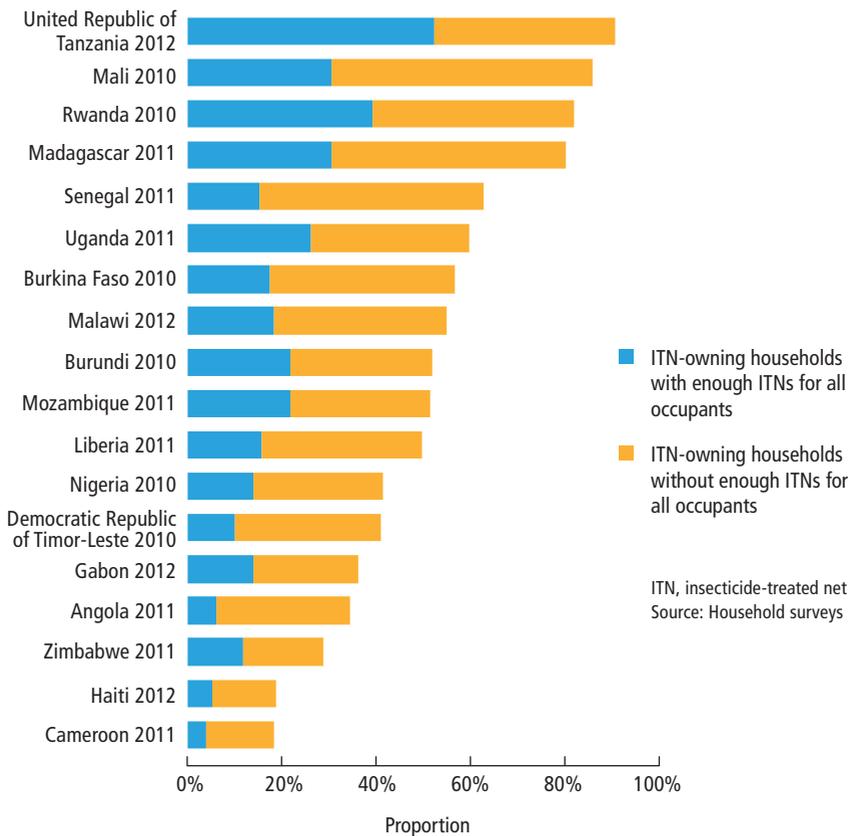
La disminución de la mortalidad y morbilidad debidas a esta enfermedad han sido impresionantes: se calcula que desde 2001 se han salvado 3,3 millones de vidas, el 93% en el continente africano. No obstante, debemos alertar sobre la ralentización producida, entre 2011 y 2012, en la tasa de mortalidad; y lo mismo sucede con la financiación de los programas de lucha contra la malaria. Y esta desaceleración es más preocupante dado que nunca se ha alcanzado una financiación suficiente, que los expertos cifran en 5.100 millones de dólares²¹. En 2012 se obtuvieron 2.500 millones, menos de la mitad de lo necesario cuando millones de personas no tienen todavía acceso a las medidas preventivas terapéuticas y de diagnóstico. Y tampoco se prevé en las proyecciones para los próximos años un incremento significativo del presupuesto destinado a luchar contra la malaria. Otro aspecto preocupante es que de esos 2.500 millones de dólares, el 76% del total (1.900 millones) fue financiada a través de la ayuda internacional, lo que supone una dependencia externa casi total por parte de los países más afectados, lo que puede generar que no puedan liderar la toma de decisiones, y que se establezcan programas verticales fuera del control del Ministerio de Salud, lo que ha supuesto durante estos años una lacra para la sostenibilidad de las acciones. Es recomendable que todos países afectados por la malaria, en mayor o menor medida, incluyan rublos en su presupuesto para luchar contra la enfermedad y así ir reduciendo la dependencia de la comunidad internacional.

Las mujeres embarazadas y los niños son dos de los colectivos priorizados en los programas de lucha contra la malaria, en la medida que siguen siendo quienes corren mayor riesgo. No obstante, el éxito de los mismos es muy dispar. En 2012, en Benín, Madagascar, Ruanda y Tanzania más del 70% de los niños menores de 5 años dormía protegido por un mosquitero tratado con insecticida, mientras que en Chad, Camerún, Nigeria y Níger solo el 20% o menos de ese grupo de niños gozaba de la misma protección. ¿Falta coordinación?, ¿compromiso?, Voluntad política?, ¿Recursos económicos?

20. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf

21. <http://www.rollbackmalaria.org/gmap/gmap.pdf>

GRÁFICO 1.7. PROPORCIÓN DE HOGARES CON MOSQUITERAS IMPREGNADAS CON INSECTICIDA CON SUFICIENTES MOSQUITERAS PARA TODOS SUS HABITANTES (COLOR OSCURO) Y SIN SUFICIENTES MOSQUITERAS PARA TODOS LOS RESIDENTES DEL HOGAR (COLOR CLARO)



Fuente: Informe mundial sobre malaria 2013, OMS

Durante 2012 la población en riesgo de enfermarse por malaria ascendía a 3.400 millones de personas, la mayoría residentes en África y el sudeste asiático. El número de casos registrados fue de 207 millones en todo el mundo y el número de fallecidos superó las 627.000 personas, el 80% de las cuales fueron niños menores de 5 años. Si bien la población expuesta es altísima, la realidad nos muestra que cerca del 80% de las muertes se concentran en no más de 17 países. Y es más, dos países, la República Democrática del Congo y Nigeria, concentran el 40% de las muertes mundiales por malaria.

Hay otro dato que debemos mostrar en el análisis contra esta enfermedad. Los 52 países que están en condiciones de alcanzar el objetivo de disminuir la incidencia de la malaria en un 75% para el año 2015, representan un 4% del total de los casos estimados en el 2000 para la reducción. Parece obvio que donde menos casos hay la lucha ha sido más eficaz, y puede deberse a varias causas: (i) Al no tener que hacer frente a una gran pandemia y tener más acotado el problema, se ha podido concentrar los recursos y establecer estrategias más eficaces; (ii) La duda sobre la fiabilidad de los datos procedentes de algunos países muy afectados por la enfermedad, obliga a trabajar con estimaciones, lo que no deja de ser un riesgo.

Trabajar para que haya una vigilancia epidemiológica eficaz es necesario si queremos dimensionar lo más acertadamente posible el problema. Los avances en la lucha contra la malaria han sido muy importantes pero aún queda mucho camino por recorrer si realmente queremos, como plantea la OMS en su último informe, controlar y eliminar la malaria de aquí a 2025. Debemos evitar caer en la complacencia ya que el número absoluto de casos de malaria y las muertes no están bajando tan rápido como debieran.

TUBERCULOSIS

También en la tuberculosis ha habido avances notables, si bien la reducción de nuevos casos está siendo muy lento. El descenso entre 2012 y 2011 es de apenas un 2%, aunque si esta tendencia se mantiene podría lograrse la meta de los ODM de detener la propagación de la tuberculosis y revertir su incidencia. Las proyecciones sugieren que la meta del Partenariado Mundial contra la tuberculosis que se plasmó en "The Stop TB Strategy"²² (Estrategia Alto a la Tuberculosis) en 2006 de que en 2015 se haya reducido a la mitad la tasa de mortalidad, podría lograrse tanto a nivel mundial como en varias regiones, aunque tanto África como Europa no lo conseguirían.

No obstante, a pesar de los avances, tenemos que reportar 1,3 millones de muertes causadas por la tuberculosis en 2012, de las cuales 320.000 fueron casos de personas portadoras del VIH; además, se informaron de 6,1 millones de nuevos casos, aunque se cree que existe un tercio de casos que no se diagnostican. Y el diagnóstico es crucial para comenzar un tratamiento que es ya de por sí complejo, por su duración y por los diferentes medicamentos que se necesitan para desarrollar una correcta terapéutica. Un 87% de los pacientes diagnosticados en 2011 fue tratado con éxito, lo cual superó por cuarto año consecutivo la meta del 85%. Gracias a la implementación activa de la estrategia de lucha contra la tuberculosis mencionada

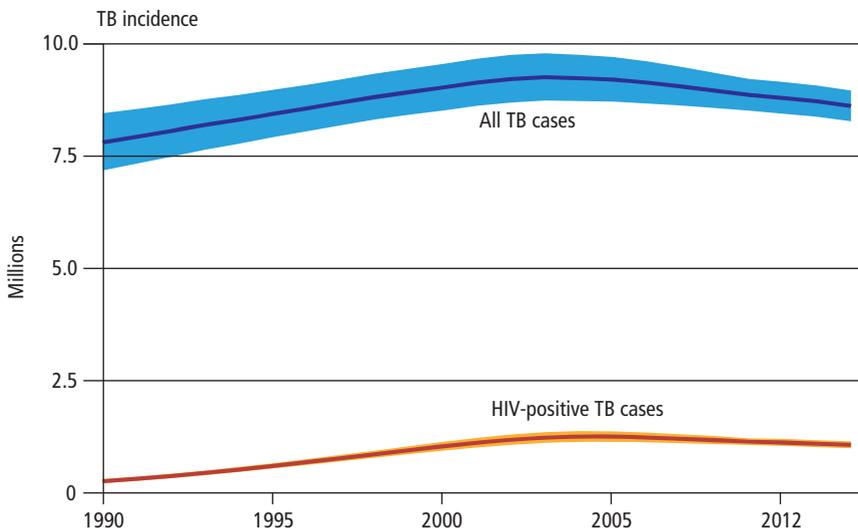
22. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf

anteriormente, entre 1995 y 2012 se trató con éxito un total acumulado de 56 millones de pacientes con tuberculosis, y se salvaron 22 millones de vidas.

Uno de los problemas a los que se enfrenta la Comunidad Internacional a la hora de ser más eficaz en la lucha contra la tuberculosis, radica en que muchas personas que padecen la enfermedad desconocen que son VIH positivos, lo que impide por falta de diagnóstico, que sean tratados también con antirretrovirales. Otro de los problemas deriva de deficiencias en el diagnóstico cuando se trata de casos de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos. En 2012, solo un tercio de los 300.000 casos estimados de casos de tuberculosis multirresistente fueron diagnosticados y tratados según las pautas internacionales.

En un escenario donde la OMS y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria alertan de que hay cepas de tuberculosis multirresistente que podrían propagarse rápidamente,²³ es necesario que se aumenten los recursos para la lucha contra esta enfermedad, que se cifra en unos 1.600 millones de dólares anuales para intervenciones directas en diagnóstico y tratamiento, y de 1.300 millones de dólares para investigación para el periodo 2014-2016.

GRÁFICO 1.8. CASOS ESTIMADOS DE TUBERCULOSIS EN MILLONES DE PERSONAS 1990-2012



Fuente: Global tuberculosis report 2013.

23. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/tuberculosis_threat_20130318/es/

Además de estas intervenciones, debemos reflexionar sobre la relación directa entre tuberculosis y pobreza, pues afecta sobre todo a las personas más pobres de los países ricos y a las más pobres de los países pobres, donde se combinan hacinamiento y poca ventilación, lo que favorece su contagio. Estamos, por tanto, ante una enfermedad que afecta a todos los países del mundo, de ahí que la OMS haya propuesto a 33 países con tasas bajas de tuberculosis (prevalencia promedio inferior de 100 casos por millón de habitantes) de intentar actuar para erradicar esta enfermedad en estos países antes en 2050, si bien alguno de ellos estaría en condiciones de alcanzar el objetivo en el 2035. Entre estos países se encuentran muchos países ricos como Dinamarca, Francia o Alemania, pero no están ni España ni Portugal, que tradicionalmente tienen un mayor número de casos de tuberculosis.

Para conseguir avanzar en los logros de la lucha contra esta enfermedad, la OMS en su "Global Tuberculosis Report 2013" plantea 5 acciones prioritarias:

- Conseguir detectar los casos perdidos: 3 millones de personas que desarrollaron tuberculosis no fueron registrados por los sistemas nacionales de notificación.
- Asumir la tuberculosis multirresistente como una crisis de salud pública, sobre todo en los países con una alta carga de enfermedad por esta causa.
- Acelerar la respuesta a los pacientes tuberculosos con VIH, incrementando la cobertura de antirretrovirales al 100%.
- Incrementar la financiación para eliminar todos los déficits de financiación de esta enfermedad: se requieren entre 7.000 y 8.000 millones de dólares al año.
- Garantizar la rápida adopción de medidas innovadoras.

2.4. Evolución de otros ODM

Con respecto al resto de los ODM, los progresos son importantes respecto a las cifras de 1990.

La meta 1 del ODM 1 de reducir a la mitad el número de pobres (personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario) en las regiones en desarrollo globalmente se ha alcanzado; en 2012, el número de personas pobres se ha reducido en 700 millones de personas respecto a 1990. Al igual que comentábamos con los progresos alcanzados en los objetivos de salud, no debemos caer en la complacencia pues sigue habiendo 1.200 millones de personas en el mundo que viven en extrema pobreza. En 2010, casi dos tercios del total de personas en condiciones de pobreza extrema vivían en cinco países: India, China, Nigeria, Bangladesh y R.D. del Congo. Y según las proyecciones del Banco Mundial, África subsahariana no alcanzará la meta para 2015.

El origen del problema está en la pésima distribución de la riqueza en el mundo. El informe "Outlook on the Global Agenda 2014"²⁴, que el Foro Económico Mundial realizó a finales de 2013, consideraba el aumento de las desigualdades en los ingresos mundiales como uno de los 10 factores que van a tener relevancia en los próximos 18 meses. El informe sobre la riqueza en el mundo 2013, realizado por Capgemini y RBC Wealth Management²⁵, señala como aumenta el número de ricos en el mundo y la cantidad de riqueza que acumulan. Si en 2012 había 12 millones de ricos en el mundo que movían 42,3 billones de dólares, la proyección es que en 2015 superen los esperados alcanzar 55,8 billones de dólares. Según un informe de Oxfam el 1% de las familias más ricas del mundo poseen el 46% de la riqueza mundial²⁶, mientras que la riqueza de la mitad más pobre de la población es menor que la de las 85 personas más ricas del mundo.

Sin duda una más justa y equitativa redistribución de la riqueza facilitaría la consecución de esta meta. La tendencia actual deja millones de personas fuera del desarrollo, una clase media cada vez más empobrecida y unas élites económicas que cada vez son más determinantes en las decisiones políticas económicas y sociales a nivel mundial y local.

Respecto a la meta 2 del ODM 1, reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre, muchas regiones del mundo alcanzarán el objetivo. En 2013, 842 millones de personas sufrieron hambre, la mayoría en África subsahariana, Asia meridional y Oceanía que son las regiones que presentan avances insuficientes para poder alcanzar en 2015 esta meta como vemos en el gráfico 1.8.

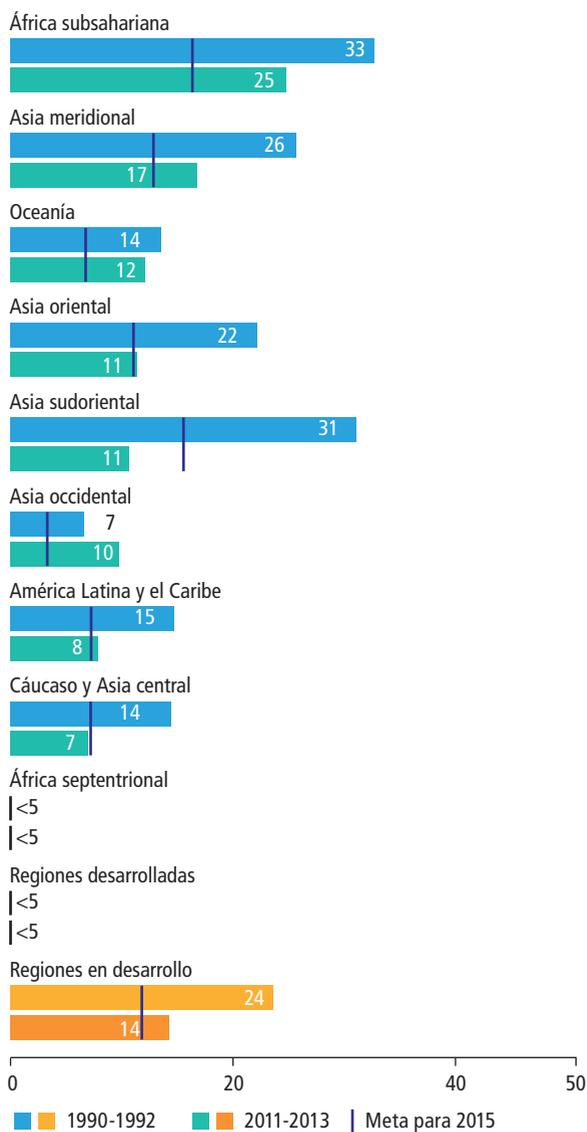
Añadir que un 15% de todos los menores de 5 años (99 millones de menores de 5 años) tenían en 2012 un peso inferior al normal, y a pesar de los avances, 1 de cada 4 niños del mundo sufren retraso en el crecimiento.

24. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalAgendaOutlook_2014.pdf

25. http://www.es.capgemini.com/resource-file-access/resource/pdf/wwr_2013_spanish_0.pdf

26. http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-es_0_0.pdf

GRÁFICO 1.9. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON NUTRICIÓN INSUFICIENTE, 1990-1992 Y 2011-2013



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2014

En cuanto al objetivo 2, lograr la enseñanza primaria universal y el objetivo 3, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, hay avances, aunque son claramente insuficientes para alcanzar las metas comprometidas.

En cuanto a las metas del objetivo 7, garantizar el sustento del medio ambiente, elemento crucial en los ODS, que reemplazarán a los ODM a partir de 2015, hay mucho trabajo por hacer. Desde 1990, las emisiones de gases de efecto invernadero han aumentado casi un 50%. Los recursos hídricos renovables están siendo cada vez más escasos, y pueden llevar al corto plazo a situaciones catastróficas. Por poner algunos ejemplos, los recursos hídricos renovables de África septentrional y de la Península Arábiga de Asia occidental se extraen a una tasa que supera el 75%, equivalente al límite de lo que se considera sostenible.

En cuanto a otros resultados de este objetivo relacionados directamente con la salud, como mejorar el acceso a una fuente mejorada de agua potable, indicar que la meta se alcanzó en 2010. Actualmente 2.300 millones de personas que antes no tenían acceso a una fuente mejorada de agua ahora lo tienen, alcanzando una cobertura del 89% de la población mundial. Una vez más debemos evitar caer en la complacencia pues no debemos que en 2012 había 748 millones de personas que todavía utilizaban fuentes de agua no apta para el consumo. Respecto a otro de los resultados previstos en este ODM, haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios (que se caracterizan por la ausencia de servicios básicos como agua, saneamiento, viviendas no duraderas, hacinamiento,...) no solamente se ha conseguido, sino que ya se ha duplicado. No obstante, las actuales tendencias migratorias nos alertan de la necesidad de perseverar en este objetivo pues es una realidad que cada vez viven más personas en tugurios, 863 millones en 2012, por 760 millones en el 2000.

En cuanto al ODM 8, fomentar una alianza mundial para el desarrollo, también podemos ver avances. Tras dos años seguidos de reducción en la AOD, en 2013 la asistencia oficial para el desarrollo aumentó un 6,1%, superando los 134.800 millones de dólares, la mayor contribución a ese fin hasta el momento. Estas cifras suponen el 0,30% del ingreso nacional bruto combinado de los países desarrollados, muy lejos del 0,7% acordado hace más de tres décadas en la Asamblea de Naciones Unidas. Además, no todos los donantes se comportan de la misma forma, 17 de los 28 países miembros del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) aumentaron su contribución a la AOD, en tanto que los 11 restantes la redujeron.

Pero no solamente crece la ayuda del CAD, la contribución de los países no pertenecientes al CAD también ha aumentado. Dos ejemplos: la AOD neta de los Emiratos Árabes Unidos supuso el 1,25% de su ingreso nacional bruto, lo que porcentualmente representa el valor más alto de todos los países donantes en 2013; Tur-

guía, país que aspira, junto con Nueva Zelanda y España, a uno de los dos asientos no permanentes vacantes en el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, aumentó su AOD neta un 30% en términos reales.

En el debe, aparte de insistir en la necesidad de cumplir con el compromiso del 0,70%, indicar que la ayuda no está orientada geográficamente hacia los Países Menos Avanzados (PMA), que es donde más necesidades de desarrollo existen. En 2013, la ayuda bilateral neta a África (donde se encuentran 34 de los 48 PMA) cayó un 5,6%, con 28.900 millones de dólares, situándose en niveles de 2008. Es importante alcanzar un equilibrio en la redistribución de la ayuda para poder dar cobertura a los países y comunidades con mayores necesidades. No obstante, una obligada mayor intervención en los PMA, no debe ocultar la necesidad de seguir actuando en las enormes bolsas de pobreza radicadas en los países de renta media y que son el origen de las mayores desigualdades existentes en el mundo.

IMPACTO DE INTERVENCIONES MULTISECTORIALES DE BAJO COSTE EN LA MEJORA DE LA SALUD EN COMUNIDADES RURALES ANDINAS: UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE TRABAJO SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Prosalus

Caracterización general de las zonas de intervención.

En los últimos 15 años la ONG española PROSALUS ha venido trabajando en colaboración con organizaciones de Perú y Bolivia en contextos rurales andinos de ambos países, en comunidades en situación de pobreza o extrema pobreza, a través de intervenciones multisectoriales concebidas más bien como proceso que como proyecto; por tanto, con un acompañamiento superior a los cuatro años.

Aunque las intervenciones se han realizado en diferentes localizaciones, hay algunos aspectos coincidentes en los diagnósticos previos que se han hecho en cada caso:

- Comunidades rurales ubicadas en zonas de sierra, en una situación de bastante aislamiento, en las que la presencia del Estado es muy limitada.
- Población en condiciones mínimas de vida digna, con necesidades básicas insatisfechas debido a la deficiente actuación del Estado.
- Nivel educativo de la población bajo. Altas tasas de analfabetismo de adultos, especialmente en las mujeres.
- Tierras frágiles para el cultivo. Producción agropecuaria dirigida predominantemente al consumo familiar; utilizan tecnologías tradicionales, cuentan con sistemas de producción poco diversificados, sin apenas apoyos en extensión agraria y, por tanto, los rendimientos productivos suelen ser menores a los promedios nacionales.
- La alimentación suele ser deficiente y poco variada. Es habitual que en estas zonas se den tasas de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años superiores al 40%, así

- como alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA).
- Carencia generalizada de sistemas de abastecimiento domiciliario de agua y de sistemas de saneamiento.
 - La degradación ambiental, tanto por la intervención de industrias extractivas formales e informales como por los efectos del cambio climático, está ejerciendo una fuerte presión en los medios de vida de las comunidades, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria de la población y aumentando los conflictos sociales por el acceso a los recursos naturales.

Como puede verse, se trata de comunidades que viven en condiciones de gran dureza, con muchas limitaciones y pocas oportunidades de revertir su situación de pobreza.

Planteamiento de intervención multisectorial.

Prosalus viene apoyando iniciativas que, partiendo de la preocupación básica acerca del impacto que tienen en la salud las condiciones de pobreza en que viven las poblaciones rurales andinas, tratan de dar respuestas conjugando diversos aspectos: mejora y diversificación de la producción agropecuaria; abastecimiento de agua y saneamiento; promoción, prevención y educación en salud; sistemas de vigilancia nutricional; capacitación nutricional; fortalecimiento de las organizaciones campesinas y comunitarias, promoción de la participación y el empoderamiento de las mujeres, por citar algunos aspectos.

Prosalus ha impulsado varios procesos en zonas rurales andinas de Perú y Bolivia, bajando en algunos determinantes de salud. El eje central ha estado relacionado con la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional, promoviendo la equidad de género, la sostenibilidad ambiental, la participación activa de la población en la construcción y control social de las políticas públicas relacionadas, reforzando la gobernabilidad local y fomentando la implicación de las autoridades en el desarrollo rural (clave para que las iniciativas implementadas sean sostenibles y replicables).

Aunque cada intervención ha tenido su especificidad y no hay un patrón totalmente homogéneo, podemos identificar algunos aspectos comunes y algunos componentes que han resultado especialmente interesantes:

- **Acceso a alimentos en cantidad y calidad suficiente de forma sostenible.** Se ha impulsado el desarrollo y diversificación agropecuaria, incorporando el acceso, la recuperación y gestión sostenible de los recursos naturales con enfoque agroecológico. Metodológicamente, se trabaja combinando asistencia técnica en el trabajo directo agropecuario con la incidencia en las políticas locales relativas a seguridad alimentaria y gestión de recursos naturales.
- **Promoción y prevención de la salud familiar y comunitaria.** Se ha mejorado el acceso a agua para consumo humano y a saneamiento básico, trabajando, al mismo tiempo, en la sensibilización en hábitos saludables –alimentarios y de higiene–, priorizando el consumo de alimentos tradicionales locales con alto potencial nutritivo e incidiendo en patrones alimentarios discriminatorios hacia las mujeres y las niñas. Este componente se ha trabajado en estrecha colaboración con los centros de salud y unidades nutricionales, apoyando el trabajo de los promotores y técnicos de salud.
- **Fortalecimiento de las organizaciones campesinas e indígenas** en el ámbito comunal, distrital y municipal, con participación activa de varones y mujeres, para el fortalecimiento de la gobernabilidad local y el respeto de los derechos humanos a través de la participación real y efectiva, consolidando el ejercicio de la ciudadanía. Se promueve el

análisis reflexivo sobre seguridad alimentaria y nutricional y el desarrollo de capacidades para la interlocución con distintos actores, para promover la participación en la planificación y vigilancia de las políticas públicas locales.

Además, completan la estrategia multisectorial de intervención **tres ejes transversales**:

- El componente de **capacitación** (entendido en su potencial transformador y como vía de empoderamiento, no como mera transmisión vertical de conocimientos) constituye la correa de transmisión y articulación de todas las iniciativas. Se parte del enfoque que sitúa al individuo, a la familia y a la comunidad en el centro de la reflexión sobre su problemática para despertar su implicación en la propuesta de alternativas e implementación de las mismas.
- Por otro lado, se ha promovido la **igualdad entre hombres y mujeres**, tratando de incidir en la discriminación multidimensional que sufre la mujer, analizando sus causas estructurales y contemplando tanto el reconocimiento formal como los aspectos reales/prácticos. Se han impulsado liderazgos femeninos que permitan el salto a la esfera pública, se ha propiciado involucrar a hombres y a mujeres en las capacitaciones tanto en educación nutricional como productiva, generando condiciones para que los varones se impliquen en las tareas domésticas y de cuidado familiar y que las mujeres puedan decidir en las cuestiones de productividad y las relacionadas con los escasos ingresos familiares. Se ha realizado un diagnóstico de género en 6 procesos en zonas rurales andinas de Perú y Bolivia para fortalecer y profundizar con los socios locales el enfoque de género en las intervenciones.
- En cuanto al **medio ambiente**, se ha impulsado el enfoque agroecológico en el componente productivo, promoviendo la recuperación y gestión sostenible de recursos naturales (recuperación de suelos, prácticas agroecológicas, reforestación, protección de manantes...); también se ha incidido en el impacto en la salud de las condiciones de las viviendas y del entorno, promoviendo comunidades saludables. Se han implementado rellenos sanitarios, letrinas, cocinas mejoradas (que, al mismo tiempo que inciden en la disminución de IRA, reducen sensiblemente el combustible empleado y, por tanto, se reduce la deforestación).
- Al trabajar en procesos similares en zonas con características comunes hemos llevado a cabo **intercambios de experiencias**: encuentros, reuniones y visitas tanto entre representantes de los equipos técnicos de las organizaciones locales como de personas líderes representantes de las comunidades implicadas en los procesos. Esto ha permitido que se socialicen las mejores prácticas que se han desarrollado en cada zona y ha permitido tener interesantes debates sobre la forma de mejorar el impacto de las intervenciones y promover la participación de la población en la definición de las políticas públicas locales.

Impacto sobre la salud.

Para visibilizar los **impactos en la salud** a los que puede contribuir una intervención con el citado enfoque, presentamos a continuación datos de uno de los casos concretos que hemos apoyado y acompañado, correspondiente a una zona rural andina de Perú²⁷ en la que, durante el proceso, no hubo ninguna otra organización ni institución impulsando iniciativas de desa-

27. Microcuenca del río Guineamayo; distritos de Sókota y San Luis de Lúcumá; provincia de Cutervo; Departamento de Cajamarca. Intervención realizada entre 2006 y 2010, con financiación de AECID.

rollo, más allá de la propia municipalidad distrital y de la intervención apoyada por Prosalus y ejecutada por el socio local ESCAES²⁸. La evolución de algunos de los indicadores previstos en el planteamiento de la intervención para el conjunto de comunidades involucradas desde el momento de levantamiento de línea de base, hasta cuatro años después, fue la siguiente:

Tabla de indicadores del proceso

Indicadores	Línea de base	Final período
Tasa desnutrición crónica < 5 años	35,60%	24%
Anemia < 5 años	62%	43%
Incidencia EDAS < 5 años	14,29%	9%
Incidencia IRAS < 5 años	48%	33%
% población con acceso a agua	62,06%	89,50%
% población con acceso a saneamiento	29,80%	75,10%
% viviendas con cocinas mejoradas	0 %	62,50 %
N° de cultivos habituales en la zona	10	25
Propuestas de seguridad alimentaria aprobadas en presupuestos participativos	0	10

Fuente: elaboración propia

Esta intervención de cuatro años de duración ha beneficiado de forma directa a 490 familias (unas 2.640 personas) y de forma indirecta a otras 200 familias. La inversión externa realizada en esta zona concreta fue aproximadamente de 70 dólares por persona al año. Con estos recursos se han construido sistemas de agua para consumo y sistemas de riego tecnificado; se ha mejorado la producción y productividad de frutales, hortalizas, maíz, caña de azúcar, arveja, trigo y papa; se han conseguido mejoras importantes en el rendimiento de la cría de vacas, ovejas y cuyes; se han hecho labores de reforestación y de recuperación de suelos; se han instalado cocinas mejoradas y letrinas; se ha hecho educación nutricional; se han hecho campañas de desparasitación infantil; se ha desarrollado un programa de alfabetización de adultos; se han fortalecido las capacidades de las organizaciones comunitarias.

El abordaje multisectorial planteado ha permitido tener un impacto significativo en la reducción de la pobreza y en la mejora de los indicadores de salud, con una inversión no muy alta de recursos. Además, el enfoque planteado ha supuesto el fortalecimiento de las organizaciones comunales y la mejora en las capacidades de la población para afrontar futuros retos.

28. Escuela Campesina de Educación y Salud

3. EL MOMENTO POST ODM: AGENDA POST 2015, LA FINANCIACIÓN DE LA AGENDA Y LOS ODS

3.1. Los cambios en la Agenda post 2015

La convergencia entre la agenda post 2015 y los ODS es cada vez mayor. El Informe del Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015, concluye que debe existir una agenda universal que se sustente en cinco grandes pilares que deberían incorporarse en las futuras estrategias:

1. No olvidarse de nadie: Los ODM no siempre focalizaban las acciones en los más pobres. Para 2030 se debería pasar de reducir a erradicar la pobreza extrema, en todas sus formas. A ninguna persona –independientemente de su grupo étnico, género, geografía, discapacidad, raza u otra condición– se le deben negar los derechos humanos universales y oportunidades económicas básicas, por lo que hay que diseñar metas que se centren en evitar que haya grupos que se queden excluidos. Para lograrlo se podría, por ejemplo, asegurar el monitoreo de los avances en todos los niveles de ingreso, y proporcionar protección social para ayudar a las personas a desarrollar capacidad de resistencia ante las incertidumbres de la vida. Podría ser la primera generación en la historia de la humanidad que ponga fin al hambre y garantice que todas las personas logren un estándar de bienestar básico.
2. Colocar el desarrollo sostenible en el centro de la agenda: Durante veinte años, la comunidad internacional ha anhelado integrar las dimensiones sociales, económicas y medioambientales de la sostenibilidad, pero ningún país lo ha logrado todavía. Hay que frenar el cambio climático y la degradación medioambiental, pero incidiendo en que estas medidas deben realizarse con una mayor inclusión social.
3. Transformar las economías para crear empleo y crecimiento inclusivo: Esto implica hacer una profunda transformación económica para poner fin a la pobreza extrema y mejorar los medios de subsistencia, a través de un rápido cambio hacia patrones de consumo y producción sostenibles.
4. Construir paz e instituciones eficaces, abiertas y responsables para todos. Hay que reconocer que la paz y la buena gobernanza son elementos esenciales para el bienestar, no suplementos alternativos.
5. Forjar una nueva alianza mundial. La nueva Agenda debe superar lo que se puede denominar una agenda de cooperación y asumir que los principales problemas mundiales están interconectados. Es obligado establecer estrategias que permitan una rápida reducción de la corrupción, acabar con los flujos financieros

ilícitos, con el blanqueo de dinero, la evasión de impuestos y la posesión de activos ocultos. Se debe combatir el cambio climático, apoyar el comercio libre y justo, la innovación, transferencia y difusión de tecnología y promover la estabilidad financiera. Por último, esta agenda debe ser completamente transparente y ejercer entre todos los implicados una corresponsabilidad plena.

Estas indicaciones, presentes en mayor o menor medida en la propuesta de los ODS, requieren compromiso firme por parte de los Estados si queremos evitar que se queden en papel mojado. Entre las críticas a lo que se conoce de la nueva agenda, cabe destacar el hecho de que se siga fundamentando en un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico, dejando que la pobreza sea considerada un fenómeno natural y no causada por relaciones injustas de poder²⁹, o que el progreso que se presenta para el mundo esté basado en la privatización y en la desregulación³⁰ en un mundo donde la gobernanza global parece que está en crisis, ya que las instituciones creadas para ese fin, como Naciones Unidas, cada vez tienen un papel menor en las decisiones globales, mientras que nuevas instituciones marcan la nueva agenda mundial (G20, Banco Mundial,...).

3.2. La financiación de la Agenda post 2015

Después de dos años de consultas, arranca la fase final de negociación intergubernamental de la agenda post 2015. En el proceso de negociación deben participar no solo los gobiernos sino también otros actores clave del desarrollo como la sociedad civil, los parlamentos y el sector privado. Es el momento de acordar los objetivos, metas e indicadores del futuro marco y, tan importante como esto, los medios de implementación, es decir, cómo se va a financiar. Es el momento de definir no solamente las cantidades que se deben destinar, sino qué y cómo se va a financiar.

Sabemos que una de las razones principales por las que no se han alcanzado los objetivos de desarrollo del milenio ha sido la falta de un marco financiero creíble que permitiera disponer de los fondos necesarios. Los déficits de financiación e incumplimientos de gasto en los ODM han sido permanentes, a pesar del compromiso teórico de todas las partes implicadas. Las primeras estimaciones sobre la financiación de la agenda post 2015 indican que se necesitarían, cada año, 37.000 millones de dólares

29. <http://www.dandc.eu/en/article/post-2015-agenda-should-be-based-alternative-model-global-governance>

30. Kumi, E., Arhin, A.A., and Yeboah, T., 2013: Can post-2015 sustainable development goals survive neoliberalism? A critical examination of the sustainable development-neoliberalism nexus in developing countries

para salud, 26.700 millones para agua y saneamiento y más de 50.000 millones para alimentación y agricultura por encima del gasto actual. Por tanto, la implementación de la nueva agenda requerirá de unos recursos financieros que están muy por encima de los desembolsos actuales de Ayuda Oficial al Desarrollo y de los recursos nacionales actuales de los países. En consecuencia, será preciso un mayor esfuerzo tanto de financiación externa como también a nivel nacional, ya que el esfuerzo debe ser compartido. La Conferencia de Monterrey sobre la Financiación para el Desarrollo de 2002 estableció 6 líneas de acción que marcaron la agenda de financiación en la siguiente década:

- Movilización de recursos domésticos
- Inversión extranjera directa y otros flujos privados
- Comercio internacional
- Ayuda oficial al desarrollo
- Disminución de la deuda externa
- Coherencia del sistema económico y financiero internacional con el desarrollo

Para garantizar el cumplimiento de la nueva agenda de desarrollo post 2015, más ambiciosa y universal, será preciso activar otros mecanismos innovadores de financiación adicional como la tasa a las transacciones financieras o la tasa a las emisiones de carbono a nivel internacional. También será necesario un compromiso global para la erradicación de los paraísos fiscales y contra las prácticas de evasión y elusión fiscal, así como el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva, que permiten redistribuir la riqueza, pagando más impuestos quien más tiene.

A pesar de que a priori se va a disponer de un mayor abanico de mecanismos de financiación, existe un riesgo real de que éstos no se destinen a los países más pobres ni se utilicen para cubrir los sectores priorizados. Si los fondos se destinaran a países de renta media y al alta o a sectores que son más productivos, se obtendría un impacto residual en el desarrollo. Para evitarlo, es fundamental mantener el foco en la reducción de la pobreza, la lucha contra las desigualdades, el desarrollo de las capacidades y el empoderamiento de las personas.

FINANCIACIÓN NACIONAL

Los gobiernos nacionales siguen siendo la principal fuente de financiación para el desarrollo de los países.

Si bien es cierto que en los últimos años los patrones de financiación de los países en desarrollo han cambiado de forma significativa, con un importante aumento del

gasto del Estado, los esfuerzos de estos países para sostener económicamente su propio desarrollo se ven obstaculizados por la salida ilegal de fondos, la evasión de impuestos practicada por muchas multinacionales (África pierde anualmente por estos motivos 35.300 millones de dólares al año, y se considera que en este continente la salida ilegal de fondos es un 50% mayor que en la media de los países en desarrollo³¹) y la débil base fiscal con que cuentan. Por ello, deben ponerse en marcha iniciativas eficaces, tanto nacionales como internacionales, para la lucha contra estas prácticas y el fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva que les permita avanzar en la lucha contra la pobreza y la desigualdad. También la gestión de la deuda externa es importante para que los países empobrecidos no destinen sus recursos a pagar los intereses de la misma. Desde que comenzó la crisis financiera mundial, los préstamos a los gobiernos africanos han crecido, pasando de 9.900 millones de dólares en 2006 a 23.400 millones en 2012. África todavía gasta 21.000 millones de dólares en el pago de la deuda externa cada año, una cantidad que se podría desinar a financiar la agenda post 2015.

Incluso si se ponen en marcha estas medidas, muchos países seguirán dependiendo en el futuro de la AOD para asegurar una parte importante de los servicios sociales básicos, entre ellos la salud. Mozambique, uno de los países que ha experimentado un importante crecimiento económico en la última década, sigue teniendo una fuerte dependencia en la AOD que aporta el 44% de los fondos para la financiación del sector salud frente al 56% de financiación nacional. Sin embargo sería deseable que en estos países se comenzaran a definir estrategias realistas a medio o largo plazo para la apropiación local de aquellas políticas locales que sean dependientes de ayuda externa, incrementando progresivamente la participación y el compromiso financiero local.

FINANCIACIÓN PÚBLICA EXTERNA

Un análisis realizado por Development Initiatives revela que el 82% de las personas que viven en extrema pobreza residen en países en los que el gasto del gobierno está por debajo de los 1.000 dólares por persona al año. En estos países con poca capacidad para movilizar recursos internos y externos, la ayuda oficial al desarrollo juega y seguirá jugando un papel fundamental. Especialmente en sectores como el de la salud, en el que el acceso a los servicios, sin la ayuda externa, seguiría dependiendo del nivel de ingresos del paciente y de su proximidad geográfica a los centros de salud.

31. http://iff.gfintegrity.org/iff2013/Illicit_Financial_Flows_from_Developing_Countries_2002-2011-HighRes.pdf

Por otra parte, en los países de renta baja de África subsahariana, la AOD supone el 60% de la financiación externa, y es un elemento crítico para la provisión de servicios públicos como la salud, servicios que la inversión privada difícilmente encontrará atractivos, a no ser que pueda haber beneficios.

Pero cuando hablamos de los esfuerzos que todos hacen para la financiación del desarrollo, hay que valorar la situación real de los flujos de dinero para poder valorar los esfuerzos que debe hacer cada uno. Y hay análisis que pueden ser sorprendentes. En el informe "Honest Accounts? The true story of Africa's billion dollar losses"³² elaborado en 2014 en el Reino Unido por varias organizaciones de la sociedad civil, se afirma que el continente africano ingresa cada año 134.000 millones de dólares, principalmente en forma de préstamos, de inversión extranjera y de ayuda. Pero que a la vez hay 192.000 millones de dólares que salen del continente, principalmente en los beneficios obtenidos por las empresas extranjeras, la evasión de impuestos y los costos de la adaptación al cambio climático. El resultado es que África sufre una pérdida neta de 58.000 millones de dólares al año, del que nos beneficiamos los países más enriquecidos, y por lo tanto África es quien nos ayuda en nuestro desarrollo, y no al revés. Un resultado aún mucho más escandaloso si comparamos esas pérdidas con lo que se destina a ayuda de cooperación para África: 30.000 millones de dólares de cooperación contra los 192.000 millones de pérdidas. Por lo tanto, un incremento de la AOD para cumplir la agenda post 2015 solamente equilibraría en parte las entradas y salidas de dinero entre los países ricos y pobres.

INVERSIÓN EXTRANJERA DIRECTA

Tanto los países donantes como las instituciones financieras están cada vez más interesadas en potenciar el papel del sector privado en la financiación para el desarrollo, convirtiéndolo en un socio clave en la implementación de la futura agenda de desarrollo. El concepto de inversión extranjera directa se refiere a las inversiones que realizan empresas extranjeras para radicarse en un determinado país, frente a la indirecta que se refiere a los préstamos que se realizan a un país proveniente del extranjero.

En los últimos años se ha producido un crecimiento muy importante de la inversión extranjera directa en los países en desarrollo, hasta tal punto que la AOD supone solo el 20% de los flujos externos netos en los países en desarrollo mientras que en los años 60 suponía el 50%.

32. <http://www.healthpovertyaction.org/wp-content/uploads/downloads/2014/08/Honest-Accounts-report-web-FINAL.pdf>

Sin embargo, cuando se analizan estos flujos se observa que la inversión extranjera directa se concentra en los países con ingresos medios y altos o sólo se orienta a los países pobres que ofrecen un potencial para la extracción de recursos naturales. Según el Parlamento Europeo³³ en 2011 el 70 % de la inversión extranjera directa en países en desarrollo se destinó a sólo 10 países, de estos, China recibió el 25% del total de dicha inversión, siendo China en estos momentos el mayor socio económico de África.

Por otra parte, si bien es cierto que la inversión extranjera directa puede tener un impacto positivo en el desarrollo y en la reducción de la pobreza, no siempre es el caso. Por ello es importante asegurarse de que los flujos de financiación privada cumplen con el acuerdo de Busán, es decir: se alinean con las estrategias y políticas nacionales, fortalecen la apropiación nacional y cumplen los principios de transparencia tanto en relación a la información fiscal como a los flujos de capital que salen del país³⁴.

MECANISMOS INNOVADORES DE FINANCIACIÓN

El Impuesto a las transacciones financieras (ITF) es el mecanismo que se encuentra en un estado más avanzado de implementación. El modelo de impuesto propuesto en 2011 por la Comisión Europea propone aplicar un impuesto del 0,1% sobre la compraventa de acciones y bonos y un 0,01 % sobre productos derivados. Se espera que este gravamen genere unos 35.000 millones de euros en los 11 países adheridos al procedimiento, de los cuales alrededor de 5.000 millones se generarían en España.

Los fondos adicionales procedentes de estas nuevas fuentes de financiación deberían destinarse a combatir el cambio climático, a reducir la pobreza y a la mejora de los servicios básicos, entre ellos los de salud.

Además, es importante hacer hincapié en que todos ellos (el impuesto a las transacciones financieras o el impuesto al carbono, entre otros) deben verse como fuentes complementarias y adicionales a la ayuda oficial al desarrollo que pueden cubrir parcialmente el déficit de financiación que sufre, y no como sustituto de la misma.

2015, MOMENTO DE INFLEXIÓN EN LA AGENDA DE DESARROLLO Y SU FINANCIACIÓN

En 2015 confluyen varios procesos de revisión de la financiación para el desarrollo que determinarán el futuro de la cooperación al desarrollo:

33. European Parliament (2014) Financing for development post-2015: improving the contribution of private finance.

34. Se estima que de los 472.000 millones de inversión extranjera directa que va a países en desarrollo, 420.000 millones se repatriaron como beneficios (Development Initiatives: Investments to end poverty. Real money, real choices, real lives, sept. 2013.)

- en 2015 el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE dará por concluidas las negociaciones sobre una nueva definición de lo que se considera Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD);
- en julio tendrá lugar en Addis Abeba la tercera Conferencia sobre financiación para el desarrollo que determinará cómo se financiará en el futuro la cooperación al desarrollo;
- y en septiembre tendrá lugar la Cumbre post 2015 que pone fin al proceso de negociación del nuevo marco post 2015.

Para que la AOD siga siendo uno de los pilares del desarrollo de los países, ésta debe asentarse sobre dos principios fundamentales: la reducción de la pobreza y el desarrollo como principal objetivo y un sistema de seguimiento basado en transferencias reales de recursos a países en desarrollo. Como se explica más en detalle en el capítulo 2, una definición de AOD que no garantice estos dos principios corre el riesgo de limitar su impacto positivo en la consecución de los objetivos que establezca el marco post 2015.

El Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiación para el Desarrollo creado por la Asamblea General de Naciones Unidas, concluyó su trabajo en agosto con la presentación de su informe de propuestas y recomendaciones, que ha resultado especialmente decepcionante. Las conclusiones presentadas otorgan un importante peso a las fuentes de financiación vinculadas al sector privado (tales como el *blending*³⁵ o las alianzas público-privadas); e incurre en claras omisiones (como los mecanismos innovadores arriba mencionados). Por el contrario, se concede poca atención a mecanismos de financiación públicas como la AOD.

El documento del Comité Intergubernamental servirá de insumo para el informe de síntesis que debe elaborar el Secretario General de NNUU, así como para la conferencia de Addis Abeba en julio de 2015.

La reforma de lo que entendemos por AOD puede llevar a una reducción de la ayuda no reembolsable frente al aumento de otras modalidades como los préstamos, el *blending* o las alianzas público-privadas que tienden a concentrarse en los sectores productivos, son poco transparentes y cuyo impacto positivo en el desarrollo no está claro. Experiencias de alianzas público-privadas como la del hospital Queen Mamohato Memorial de Lesotho, que pasó de llevarse el 24% del presupuesto del ministerio de sanidad al 50%, no por la mejora de los servicios sino por el tipo de acuerdo firmado con la empresa Netcare, que blinda los beneficios de la empresa

35. *Blending* es un mecanismo de financiación por el que la ayuda no reembolsable se suma a préstamos tanto públicos como privados, para la financiación de proyectos en países en desarrollo.

frente al aumento imparable de los costes del servicio para el Ministerio de Sanidad, refuerzan sin duda estos temores.

Por ello es fundamental asegurar que todos los mecanismos de financiación para el desarrollo tengan como foco la reducción de la pobreza y sigan los principios de efectividad del desarrollo (apropiación, transparencia, rendición de cuentas y resultados del desarrollo).

INVERTIR EN LAS ÉLITES. LA INICIATIVA “HEALTH IN ÁFRICA” DE LA IFC.

Es, cuando menos, preocupante la deriva de privatizaciones que existen en el sector de la salud, e incluso en la cooperación en salud. Un ejemplo de esta deriva privatizadora existente, denunciada por Oxfam en su informe “Invertir en las élites”³⁶, lo encontramos en la iniciativa “Health in África” de la Corporación Financiera Internacional³⁷ (IFC) del Banco Mundial que promueve, desde 2008, con 1.000 millones de dólares la prestación de atención sanitaria privada.

Esta iniciativa partió de un análisis del IFC sobre la salud en África en la que aseguraba que la mitad de la población africana utilizaba la sanidad privada, y que ésta era más asequible que la pública para los más pobres, contradiciendo otros estudios donde se demuestra que la apuesta por una sanidad privada es más inequitativa³⁸. Health in África buscaba acelerar mejoras sostenibles en el acceso a bienes y servicios sanitarios de calidad en África, así como la protección financiera frente a los efectos empobrecedores de las enfermedades, centrando la atención en las personas menos favorecidas. La forma de conseguir estos objetivos era mejorar el acceso al capital de las empresas sanitarias privadas, permitiéndoles crecer y expandirse, y también ayudando a los Gobiernos a incorporar al sector privado en el conjunto de su sistema sanitario. Esta iniciativa estuvo apoyada por numerosos actores públicos (gobiernos de Francia, Japón y Países Bajos).

La evaluación intermedia realizada en 2012 mostraba como ninguna de las líneas de trabajo de la iniciativa había conseguido tener un impacto positivo en las personas pobres, fallando en su objetivo más importante y pidiendo que tanto la estructura como su enfoque cambiaran, y que dieran mayor importancia al seguimiento y la evaluación³⁹. **La cuestión más importante y que IFC parece no haberse planteado es si fortalecer el sector de la sanidad privada redundaría en una mejora de la salud de las personas pobres.** Porque extender un modelo de sanidad privada sin analizar si es la mejor opción para la población, nos indica que puede haber otros intereses, ya no solo económicos sino de extensión de un modelo de sanitario, que, una vez instaurado, sea complejo de cambiar.

36. <http://www.oxfamintermon.org/sites/default/files/documentos/files/bn-investing-for-few-ifc-health-in-africa-100914-es.pdf>

37. http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/Multilingual_Ext_Content/IFC_External_Corporate_Site/Home_ES

38. [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/32A160C292F57BBEC1256E-D10049F965/\\$file/koivmack.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/32A160C292F57BBEC1256E-D10049F965/$file/koivmack.pdf)

39. <https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/health-in-africa/upload/HIA-Mid-Term-Evaluation-Final-Report-Sept-2012.pdf>

3.3. Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles

A punto de finalizar el tiempo marcado para los ODM, la comunidad internacional trabaja en una nueva agenda, los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que entraría en vigor a partir de 2016. En julio de 2014, en su 13 sesión, el “Grupo abierto de trabajo sobre los ODS”, coordinado por Naciones Unidas, presentó sus propuestas para la definición de los ODS⁴⁰. Esta propuesta pide a los líderes mundiales una nueva agenda mundial de desarrollo a largo plazo, abordando los ODM no finalizados y presentando 17 ODS (tabla 1.1) y 169 metas para enfrentarse a los acuciantes desafíos del desarrollo sostenible a nivel mundial.

TABLA 1.1. PROPUESTA DE ODS DE NACIONES UNIDAS

Objetivo 1	Finalizar la pobreza en todas sus formas
Objetivo 2	Acabar con el hambre, conseguir seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible
Objetivo 3	asegurar las vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades
Objetivo 4	Asegurar una educación inclusiva, de calidad y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos y todas
Objetivo 5	Conseguir equidad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas
Objetivo 6	Asegurar la disponibilidad y la gestión sostenible de agua y saneamiento para todos y todas
Objetivo 7	Asegurar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos
Objetivo 8	Promover un crecimiento económico sostenible inclusive y sostenido, empleo productivo y trabajo decente para todos y todas
Objetivo 9	Construir infraestructura duradera, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación
Objetivo 10	Reducir la inequidad entre y en el interior de los países
Objetivo 11	Hacer ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, duraderos y sostenibles
Objetivo 12	Asegurar patrones de consume y producción sostenibles
Objetivo 13	Emprender acciones urgentes para combatir el cambio climático y su impacto
Objetivo 14	Conservar y hacer uso sostenible de los océanos, mares y recursos marinos para el desarrollo sostenible
Objetivo 15	Proteger, restaurar y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de forma sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de los suelos y la pérdida de biodiversidad
Objetivo 16	Promover sociedades pacíficas e incluyentes para un desarrollo sostenible, proveer de acceso a la justicia a todas las personas, construir instituciones a todos los niveles efectivas incluyentes y que rindan cuentas
Objetivo 17	Fortalecer los medios para la implementación de un partenariado global para el desarrollo sostenible y revitalizarlo

Fuente: Propuesta de ODS y metas, Naciones Unidas

40. <http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4538pressowg13.pdf>

De estos objetivos, el número 3, “asegurar las vidas saludables y promover el bienestar en todas las edades” es el que específicamente se orienta hacia el sector sanitario, si bien, como pasaba con los ODM, el resto de objetivos tiene una influencia muy relevante en la salud de las poblaciones. El ODS de salud presenta las siguientes metas⁴¹:

- 3.1 Reducir para 2030 la tasa de mortalidad maternal mundial a menos de 70/100.000 nacimientos.
- 3.2 Eliminar las muertes prevenibles de recién nacidos y menores de 5 años en 2030.
- 3.3 Acabar en 2030 con las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria, y enfermedades olvidadas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- 3.4 Reducir para 2030 un tercio la mortalidad prematura debida a enfermedades no transmisibles (NCDs en inglés), mediante la prevención y el tratamiento de estas enfermedades, y la promoción de la salud mental y el bienestar.
- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias, el abuso de drogas y estupefacientes Incluyendo el uso nocivo del alcohol.
- 3.6 Disminuir en 2020 a la mitad las muertes mundiales y los heridos por accidentes de tráfico.
- 3.7 Asegurar en 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en los programas y estrategias nacionales.
- 3.8 Conseguir la Cobertura Universal de la Salud, (UHC en inglés) incluyendo la protección al riesgo financiero por la salud, acceso a cuidados de salud esenciales de calidad, y acceso a medicamentos y vacunas seguras, efectivas de calidad y a precios razonables para todos y todas.
- 3.9 Reducir sustancialmente en 2030 el número de muertes y enfermedades debidos a productos químicos peligrosos y a la contaminación de aire, agua y suelos.
- 3.a Reforzar la implementación apropiada del Convenio Marco para el control del Tabaco en todos los países.
- 3.b Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos para enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a países en desarrollo , proveer acceso a medicamentos esenciales y vacunas asequibles, de acuerdo a la Declaración de Doha que afirma que el derecho de los países en desarrollo para utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, teniendo en cuenta la flexibilidad que existe para proteger la salud pública, en concreto , la provisión de medicamentos para todas las personas.

41. <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

- 3.c Incrementar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, desarrollo, formación y retención del personal de salud en países en desarrollo, especialmente en los Países Menos Avanzados (PMA) y las Pequeñas Islas-Estado en Desarrollo (PIED).
- 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, particularmente en países en desarrollo, en alerta temprana, reducción de riesgos y la gestión de riesgos nacionales y mundiales de salud.

¿SON LOS ODS LA MEJOR APUESTA DE FUTURO PARA LA SALUD MUNDIAL?

Nadie duda que, si hay financiación y voluntad política suficiente, esta propuesta para los ODS puede significar un gran cambio de la situación actual en la salud mundial. Los ODM nos han proporcionado algunas lecciones que, en teoría, se incorporan a los ODS. La salud se concentra en un solo ODS, en vez de en tres, e incorporan las enfermedades que los ODM no tenían presentes, como las crónicas o las olvidadas. Las metas de salud son mucho más específicas ahora, y aparecen también aspectos de financiación, de cobertura universal, e incluso aparecen determinantes de salud como el agua y la contaminación. Sin embargo, es necesaria una profundización de la propuesta para que realmente se pueda dar el cambio que se presenta en el papel.

Una de las cuestiones que se debería revisar es la homogeneización temporal de las metas. Si bien no es preciso que todas las metas tengan el mismo horizonte temporal, (alguna se plantea para 2020, la mayoría para 2030), si lo es la necesidad de evaluar los progresos estableciendo indicadores intermedios. Otra de las cuestiones a concretar es la definición clara del resultado que se quiere alcanzar. Debemos evitar definiciones imprecisas como sucedió con el ODM "combatir vih/sida, malaria y tuberculosis" que establecía como meta "Fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias,..", sin duda se trata de un resultado inespecífico, difícil de medir y de asignar un horizonte temporal. Algo parecido sucede con las metas de "acceso a cuidados de salud esenciales de calidad, y acceso a medicamentos y vacunas seguras, efectivas de calidad y a precios razonables para todos y todas" que aparece como meta en la propuesta de Cobertura Universal al no estar definidos de que cuidados esenciales estamos hablando o que entendemos por grado de calidad.

Pero quizás el mayor déficit de la propuesta estriba en que no se plantean qué procesos son necesarios para alcanzar las metas. Cada país puede elegir el camino que considere conveniente para conseguir los logros propuestos, sin atender al criterio sobre qué modelo es más eficiente, efectivo y tiene más impacto. Y el hecho

de que cada vez haya más actores involucrados en la salud (asociaciones público-privadas, organizaciones comerciales, organizaciones filantrópicas, gobiernos,...) no ayuda en la tarea de definir el camino a seguir. Finalizar las epidemias de vih/sida, malaria y tuberculosis se puede hacer de muchas formas, algunas más sostenibles que otras. Alcanzar la Cobertura Universal, además de ser una meta realmente ambiciosa y de difícil cumplimiento, se puede alcanzar apostando más por una sanidad pública, por sanidad privada, o por una mixta; priorizando la Atención Primaria de Salud (APS) o por atención especializada; financiando a través de impuestos generales o de rentas de trabajo. Los ejemplos de las iniciativas verticales fuera de los sistemas locales de salud, que han conseguido grandes logros en la lucha de enfermedades específicas en los ODM, pero que han debilitado los sistemas locales de salud, y por lo tanto la salud general, debería hacernos reflexionar sobre si no sería aconsejable establecer orientaciones respecto a qué modelo de sistema de salud es más conveniente en este mundo tan globalizado. Para las organizaciones que realizamos este informe, cualquier apuesta debe sustentarse en las 4 metas que la OMS atribuye a un sistema de salud (WHO, 2007): (i) mejorar la salud (el mayor nivel posible y de forma equitativa); (ii) su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población (incluyendo el trato a los pacientes); (iii) la protección del riesgo de exclusión social y quiebra económica por gastos sanitarios y (iv) mejorar la eficiencia, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles. Sin embargo, en ocasiones la equidad y la eficiencia entran en conflicto y se elige entre mejorar una u otra, y es una voluntad política lo que determina la predominancia de una u otra, cuando la equidad debería ser prioritaria.

Finalmente añadir que se debe redefinir el papel que juegan los sistemas públicos de salud, que son los garantes de la salud de la población y, por lo tanto, sobre quien recaería la responsabilidad del cumplimiento de este ODS. Y ello sin olvidar el difícil ejercicio propuesto de introducir la valoración sobre “las consecuencias de la salud en todas las políticas”, tanto nacionales como mundiales, pues existen múltiples variables, como los determinantes de la salud, que afectan tanto o más que el sector sanitario: pobreza, género, agua,...

Aún hay tiempo de conseguir mejorar los ODS. Con todos los inputs que se han producido, el Secretario General de NN.UU preparará una única propuesta que se difundirá a final de año. Sobre esa propuesta, entre enero y septiembre, se realizarán las negociaciones intergubernamentales que sin duda influirán en la misma. En la Asamblea General de NNUU de septiembre 2015 se aprobará la nueva agenda.

4. RECURSOS HUMANOS SANITARIOS: UN PROBLEMA GLOBAL

Tener personal sanitario suficiente y competente es un elemento fundamental para conseguir un sistema sanitario que responda a las necesidades de salud de la población y poder proporcionar cobertura universal. Su carencia es un problema que afecta a todos los países. A nivel mundial hay un déficit de 7,2 millones de trabajadores sanitarios, siendo los países de ingresos medios y bajos los más afectados. , es un problema global. Uno de los aspectos que más ha preocupado a la comunidad internacional es la migración del personal sanitario, sobre todo de los países más pobres hacia los más ricos, que deja a muchas poblaciones vulnerables sin personal sanitario. Pero la migración es un problema complejo y dinámico, y donde hay muchos actores con un enfoque diferente y que juegan un papel que tiene consecuencias que afectan al resto, tanto a nivel internacional como nacional.

Más de 50 países a día de hoy, principalmente en África y el sur de Asia padecen una escasez crítica de personal sanitario. Por otro lado, en las sociedades envejecidas de los países europeos, está creciendo el número de personas que necesitan cuidados crónicos, alimentando así la demanda de personal sanitario. Como el mercado laboral se vuelve más globalizado, el aumento de la demanda está impulsando la migración y la movilidad entre el personal sanitario. La contratación de trabajadores de la salud extranjeros puede ser una vía rápida para satisfacer la demanda doméstica, pero a medio y largo plazo puede empeorar la escasez de personal cualificado tanto en los países de origen, como en los países de destino, donde se formaría menos personal porque habría menos mercado de trabajo. Y es un asunto que nos concierne a todos..

En algunos países con recursos limitados, las inversiones que se requieren urgentemente en educación sanitaria y en formación corren el riesgo de convertirse en una pérdida neta para el país. Las estimaciones muestran que los sistemas de salud nacionales de nueve países africanos pierden 2.170 millones de \$USA, el valor de la inversión en formación de sus médicos, debido a la emigración después de la graduación. La misma afluencia de inmigrantes llega a proporcionar una ganancia de 4.550 millones de \$USA a los países receptores de estos profesionales. Dentro de los países de la OCDE, alrededor del 20% de los médicos son de origen extranjero. Los países de origen pierden mucho personal sanitario cualificado a través de la migración debida a los "factores favorecedores", tales como condiciones de trabajo insatisfactorias, salarios bajos, pocas expectativas de promoción en su carrera, preocupaciones por la inseguridad, y falta de administración y apoyo. Cuando hablamos de migración de personal debemos tener en cuenta que se debe trabajar al menos en 3 áreas: planificación de necesidades, formación de

personal y retención del mismo, áreas que se deben abordar de forma integral e integradora.

Proporcionar un marco global para el personal sanitario es una prioridad que se refleja en el Código de buenas prácticas de reclutamiento de la OMS (que fue aprobado en la Asamblea de la OMS de 2010 por 193 países). Este Código plantea básicamente 3 asuntos: que no se contrate personal sanitario de países con escasez crónica de personal, que los países planifiquen sus propias necesidades de recursos humanos sanitarios y que el personal contratado de otros países tengan las mismas condiciones laborales que los locales. Sin embargo, en julio de 2013, solamente en 46 países el personal migrante tiene los mismos derechos y responsabilidades que el personal del país de acogida, en 23 cuenta con las mismas oportunidades y en 31 hay registros del personal que ha obtenido su cualificación inicial en el extranjero. En España muchos actores relacionados con la salud, incluidos el personal sanitario, desconocen este Código y sus consecuencias.

Si hablamos de cuanto personal sanitario migrante hay en España trabajando, solo podemos hablar de estimaciones, pues no hay un registro de personal sanitario. Se estima que son cerca de 8.000, mayoritariamente estudiando la especialidad vía MIR, que legalmente tiene unas características especiales para el personal extracomunitario. Se considera que aunque estos profesionales ejercen su trabajo (y de hecho pasan consulta y proponen pruebas diagnósticas y tratamientos) debe primar el aspecto formativo del MIR (y en el retorno de estos profesionales a sus países), y no tanto en el trabajo que realizan estos residentes en los centros españoles. Por lo tanto estos trabajadores tienen un estatus legal diferente al de los residentes españoles o comunitarios; por ejemplo no tienen permiso de residencia. Pero también nuestros profesionales sanitarios están cada vez migrando más fuera de España, aun cuando las cifras difieren dependiendo de si es el Ministerio de Salud o los Colegios de Médicos quienes facilitan las cifras. Lo cierto es que los patrones de migración están cambiando. Geográficamente, además de la ya tradicional migración hacia Europa, están apareciendo nuevas zonas donde el personal sanitario es atraído, como América del Sur. Y es fundamental asegurar que las condiciones laborales de nuestros trabajadores sanitarios sean iguales a las de los países de destino, pues ya hay denuncias de experiencias negativas como las cursadas por el sindicato alemán Verdi con la contratación de empresas privadas de personal de enfermería español para trabajar en Alemania, donde las condiciones de trabajo eran malas, el salario un 20% menor al de los locales y la obligatoriedad de estar con esa empresa dos años o pagar una multa desproporcionada.

Esta denuncia apareció en unas jornadas en junio de 2014 en Madrid “ El personal sanitario: un camino de ida y vuelta”, impulsada por la plataforma de la sociedad

civil "Health workers for all and all for health workers"⁴² y financiadas por la UE, donde se sacaron las siguientes conclusiones:

1. Solamente en 16 países se han establecido instrumentos de participación de todos los implicados en la toma de decisiones relativas a la contratación internacional. Para poder conocer la situación real de la migración del personal sanitario en España debemos generar suficientes canales de comunicación y participación entre los distintos actores que permitan buscar consensos y sinergias entre los distintos actores. Se deberían plantear mesas de trabajo multisectoriales, donde los Ministerios implicados (sobre todo M^o de Salud y M^o de Asuntos Exteriores), organizaciones profesionales (como los Colegios Médicos y de Enfermería), sociedad civil, sindicatos, Comunidades Autónomas, empresas privadas, pudieran definir un plan de ruta para poder implementar el Código de Reclutamiento de la OMS en España, y poder alcanzar un consenso sobre cómo abordar el problema de la migración de personal sanitario.
2. Tenemos en España una inconsistencia en los datos sobre migración de personal sanitario que impiden conocer qué medidas específicas se deben tomar en este campo. Es imperativo que no se demore más el Registro Estatal del personal sanitario que el Ministerio de Salud quiere poner en marcha en 2015, y todos los actores, nacionales y autonómicos, deben apoyarlo.
3. Es necesario conocer las necesidades presentes y futuras de personal sanitario en España, y para eso debe mantenerse y mejorar la planificación de personal teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población española y las competencias del personal que les debe atender. Esta planificación debe primero establecer los servicios que se deben dar a la población, mantener la función de rectoría de la salud pública y orientar los servicios priorizando la salud sobre otros sectores, como la economía.
4. El Código de la OMS debe conocerse y aplicarse en todas las políticas nacionales que puedan afectarle. Es necesario un mayor esfuerzo para difundirlo entre los decisores políticos españoles y que exista una mayor coherencia entre todas las políticas, ya que muchas políticas (como las políticas que suponen recortes de servicios públicos) afectan al personal sanitario. Se deben buscar los cambios legislativos necesarios para conseguir una mayor implementación del Código.
5. El sector privado de la salud debe conocer y apoyar la implementación del Código. Solamente en 10 países existe un registro de contratistas autorizados en el sector de la salud, pero la iniciativa privada está creciendo cada vez más. La

42. <http://www.healthworkers4all.eu/home/>

experiencia de empresas que vienen desde otros países a reclutar personal sanitario cada vez está teniendo mayor relevancia en nuestro país. La experiencia nos muestra la necesidad de regular estas prácticas en nuestro país. Es necesario establecer un registro de contratistas en España autorizados a trabajar en este sector, que conozcan y cumplan el Código de contratación de la OMS como condición imprescindible para desarrollar su trabajo, y que se controlen sus buenas prácticas. La experiencia de EURES para la movilidad de la contratación pública en Europa sería un buen ejemplo para poder establecer un sistema donde los trabajadores conozcan previamente las condiciones de trabajo.

6. No estamos solos: la salud necesita reforzar su gobernanza global. Las políticas europeas e internacionales afectan directamente al cumplimiento del Código. Hay que trabajar dentro de la UE para impulsar el cumplimiento del Código, y fortalecer la Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting (en “Movilidad y Migración”), a través iniciativas multisectoriales que puedan partir de España. Debe existir una coherencia de políticas europeas que no limiten la implementación del Código, tener presente el Código en todos los foros internacionales que afecten al personal sanitario, y apoyar a la OMS en la implementación del Código.
7. Hacer un seguimiento público de la implementación del Código, a través de un Observatorio multidisciplinar que permita medir los avances en materia de migración de personal y proponer medidas correctoras.
8. Los profesionales sanitarios deben conocer el Código y, aunque sea un Código voluntario, conocer los derechos que tienen, ya sea por profesionales sanitarios migrantes en España, ya sean los profesionales españoles que buscan trabajar fuera. Es necesario que las organizaciones profesionales y el Ministerio de Salud, junto al resto de actores, difundan toda la información sobre el Código, sus consecuencias y sus avances.

“Health workers for all and all for health workers” es una iniciativa de varias ONG europeas y por ese motivo también a nivel europeo se quiere plantear una propuesta a los decisores europeos que ponga en la agenda la problemática de la escasez de personal sanitario, que está muy en la línea de las conclusiones de las jornadas en España:

1. **Que se planifique a largo plazo:** Planificar en base a las necesidades de salud y abordar la fuga de cerebros beneficia a los países de origen y de destino. Evita el riesgo de inestabilidad: los flujos de personal sanitario formado en el extranjero pueden, de hecho, ser “volátiles” ya que podrían desaparecer cuando las

condiciones de sus países de origen mejoren. Se estima que en Europa habrá un déficit general de 1 millón de trabajadores sanitarios en 2020 ascendiendo a 2 millones si se tienen en cuenta las profesiones de asistencia sanitaria a largo plazo y auxiliares, lo que supondrá que el 15% de los cuidados en salud que se dan ahora no se podrán dar en esas fechas, y por lo tanto la salud de la población se podrá resentir. Y a pesar de esta alerta, varios países europeos todavía carecen de las herramientas para anticipar las necesidades de su personal sanitario: no siempre se dispone de herramientas indicadoras, de datos y planificadoras o se utilizan poco.

2. **Que se invierta en personal sanitario:** desde el año 2009, y debido a las políticas de austeridad, el gasto público en salud descendió y los recortes de varios países se centraron en los salarios e incentivos del personal sanitario. La presión por ahorrar a corto plazo era, y es, aparentemente, más importante que el deseo de obtener una equidad y eficiencia a largo plazo, ya que hay estudios donde se afirma que las inversiones en salud (y protección social) pueden acelerar la recuperación económica⁴³. Las medidas de austeridad están alterando las relaciones entre las inversiones en el desarrollo del personal sanitario y la movilidad de estos trabajadores, que son el centro del Código: se pueden observar nuevos desequilibrios en el sueldo entre países o dentro de los países y existe una gran probabilidad de incrementar la migración de los trabajadores y su volatilidad. Los ajustes fiscales también pueden afectar a la capacidad de los Miembros Estado a educar y retener un personal sanitario autosuficiente, un requerimiento fundamental del Código.
3. **que se respeten los derechos del personal migrante:** Los trabajadores sanitarios migrantes suelen trabajar en el sector privado, con contratos temporales, salarios bajos y menos protección social que el resto de sus compañeros. Esto es particularmente válido para el mercado laboral de los cuidados domiciliarios, donde un gran número de personas trabajan en el sector.
4. **que se trabaje de forma coherente a nivel nacional, regional y mundial:** La coherencia política con objetivos sobre desarrollo, incluyendo los objetivos globales sobre salud, es una obligación legal establecida en el Tratado de Lisboa de la UE y sus Estados Miembro. Todas las intersecciones discutidas en este tratado sobre políticas de migración, salud, cooperación al desarrollo, fiscales, empleo y comercio tienen que tratarse de forma consistente. Es una cuestión de llamar la atención con casos de injusticia: una investigación de 2006 estimó que, por

43. Reeves Aaron, Basu S., McKee M., Meissner C., Stuckler D., 2013, Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization & Health*. 9:43. doi:10.1186/1744-8603-9-43, <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43>

ejemplo, el dinero que el Reino Unido ahorró durante la contratación de personal sanitario proveniente de Ghana era superior al dinero que se dio a este país para ayuda sanitaria. Pero la coherencia no debe estar limitada a políticas gubernamentales, sino que debe incluir a todos los actores en desarrollo. También las ONG deben reflexionar si atraen a personal sanitario a sus propios programas en países de bajos ingresos, y qué consecuencias tiene esa contratación en los sistemas públicos locales de salud.

5. **Participar y tener presente el Código de la OMS:** El consenso político sobre una gestión sostenible de la migración del personal sanitario a nivel global está muy lejos de ser una realidad. Poderosos intereses, pero a veces de escasa perspectiva, están en conflicto: países que están expandiendo su cobertura sanitaria (como Ecuador y Estados Unidos) o enfrentándose a sociedades envejecidas (como Alemania y el Reino Unido), necesitan personal sanitario entrenado globalmente. Otros países (Filipinas o algunos países africanos) perciben los giros que sus trabajadores sanitarios que están en el extranjero envían a casa como una prioridad vital. Esto lleva a la paradoja de una provincia de Canadá, con un ratio de personal de enfermería de más de 8/1000, que afirma que tienen un déficit (y los buscan en Filipinas), mientras que en Filipinas, que tiene un ratio de 1.7/1000 afirma que tienen muchos y que, por ello, los “exportan” a Canadá.



CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2013 se ha producido una recuperación de la AOD del conjunto del CAD, alcanzando la mayor cifra de AOD neta de la historia.
- Se consolida la tendencia de crecimiento de la importancia de AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.
- La salud sexual y reproductiva sigue siendo el principal subsector al que se dirige la AOD del conjunto CAD, con más de la mitad de la ayuda en salud.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS.

Las cifras desagregadas de ayuda oficial al desarrollo (AOD) que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2013 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo –con las correspondientes desagregaciones sectoriales– alcanzan hasta 2012.

1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO TOTAL DEL CAD

Si tuviéramos que avanzar una conclusión destacada, sin duda ésta sería que el análisis del comportamiento de la ayuda oficial al desarrollo canalizada por los principales donantes, agrupados en el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, que en los dos últimos años parecía presentar un cambio de la tendencia expansiva de la última década, en 2013 ha experimentado una notable recuperación, alcanzando las mayores cifras de AOD neta de la historia.

A partir de los datos preliminares hechos públicos por el CAD, en el año 2013 el total de la AOD neta desembolsada por el conjunto de países miembros alcanzó la cifra de 134.835 millones de dólares -expresada en dólares corrientes- lo que supuso un aumento de más del 6% respecto al año anterior. Desde el punto de vista del esfuerzo en AOD, expresado como % del PIB, la AOD media de los países del CAD representó en 2013 el 0,30% de su ingreso combinado nacional bruto, mientras que en 2012 fue de 0,29%.

Como podemos ver en el gráfico 2.1., únicamente cinco países de los 28 que integran el CAD, cumplen en 2013 con el compromiso del 0,7% de AOD: Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca y Reino Unido (que se incorpora por primera vez a este grupo), lo que significa que, a pesar de los avances, estamos muy lejos de cumplir con el compromiso del 0,7% del conjunto de donantes.

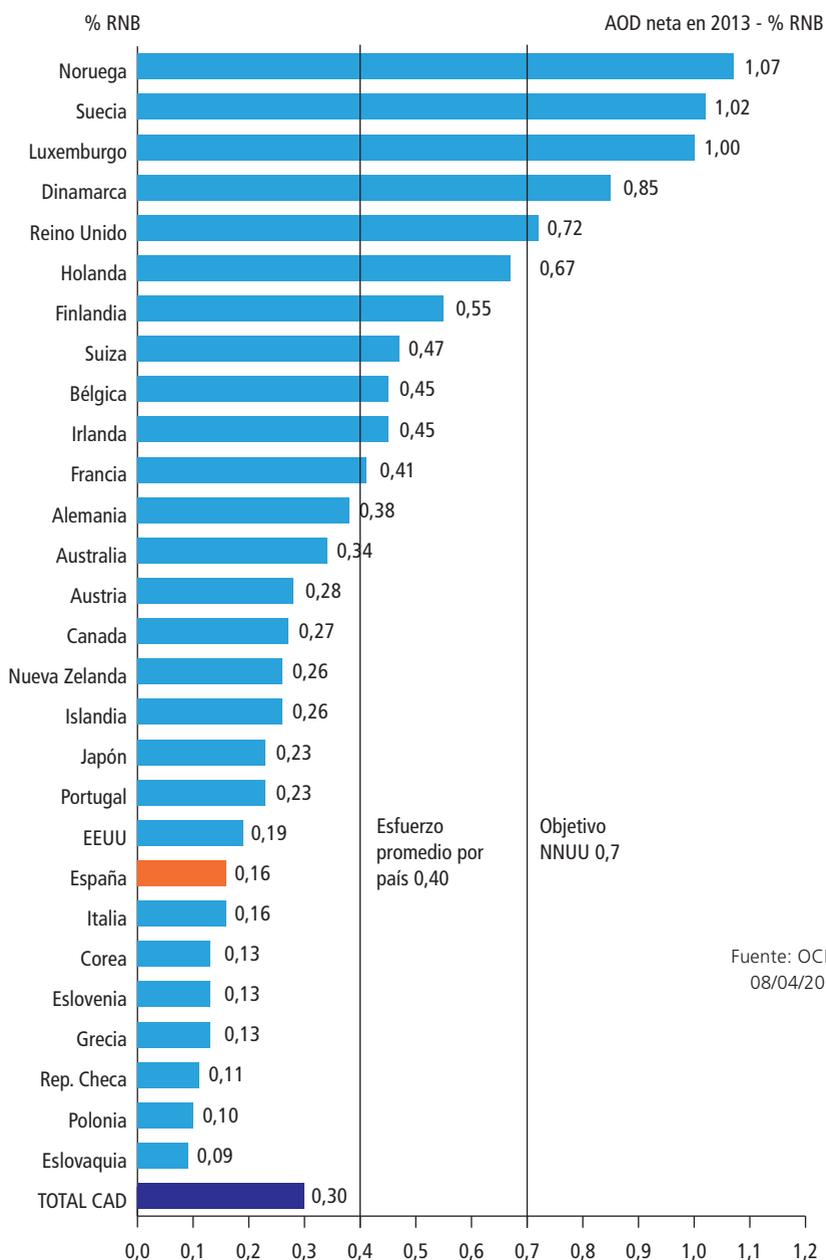
El compromiso del 0,7%, acordado en la 34 sesión de la Asamblea General de NN.UU en 1980, parece ser percibido por algunos donantes más como una carga económica que como un ejercicio de solidaridad, que debe permitir aliviar a los países empobrecidos los enormes desequilibrios del orden económico mundial. No olvidemos que actualmente, en su conjunto, las relaciones económicas de los países del CAD con los países en desarrollo son beneficiosas para los propios donantes. Algunos autores apuntan que África por ejemplo, pierde anualmente 58.000 millones de dólares debido a la balanza entre lo que ingresa a través de préstamos, inversión extranjera y ayuda internacional, y lo que suponen los beneficios de las empresas extranjeras que no quedan en el país, bien por prácticas de evasión de impuestos, bien por los costos de adaptación del cambio climático¹.

Desde el punto de vista de las cifras absolutas de AOD, observamos que en 2013 la mayoría de los países que forman parte del CAD han aumentado su presupuesto, destacando –por el porcentaje de incremento– Islandia, Reino Unido, Italia y Noruega. También España, después de varios años de reducción, ha incrementado casi un 8 % su AOD neta en 2013, aunque se sigue situando en un 0,16 % de la RNB.

Aunque los estados miembro de la Unión Europea, en su conjunto, han incrementado su volumen de AOD en seis mil millones de dólares, las instituciones europeas la han reducido en un 8,5 %.

1. http://www.francophonie.org/IMG/pdf/honest-accounts_final-version.pdf

**GRÁFICO 2.1. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD,
COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2013**



Fuente: OCDE,
08/04/2014.

**TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2009 – 2013
(DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

	2009		2010		2011		2012		2013		Variación 12/13
	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	
Australia	2.761,00	0,29	3.826,10	0,32	4.983,00	0,34	5.403,00	0,36	4.851,00	0,34	-552,00
Austria	1.141,78	0,3	1.208,42	0,32	1.111,00	0,27	1.106,00	0,28	1.172,00	0,28	66,00
Bélgica	2.609,60	0,55	3.003,93	0,64	2.807,00	0,54	2.315,00	0,47	2.281,00	0,45	-34,00
Canadá	4.012,50	0,3	5.208,57	0,33	5.459,00	0,32	5.650,00	0,32	4.911,00	0,27	-739,00
Rep. Checa							220,00	0,12	212,00	0,11	-8,00
Dinamarca	2.809,88	0,88	2.871,24	0,9	2.931,00	0,85	2.693,00	0,83	2.928,00	0,85	235,00
Finlandia	1.286,14	0,54	1.332,95	0,55	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	1.435,00	0,55	115,00
Francia	12.430,91	0,46	12.915,10	0,5	12.997,00	0,46	12.028,00	0,45	11.376,00	0,41	-652,00
Alemania	12.079,30	0,35	12.985,36	0,38	14.093,00	0,39	12.939,00	0,37	14.059,00	0,38	1.120,00
Grecia	607,36	0,19	507,72	0,17	425,00	0,15	327,00	0,13	305,00	0,13	-22,00
Islandia					26,00	0,21	26,00	0,22	35,00	0,26	9,00
Irlanda	1.005,78	0,54	895,15	0,53	914,00	0,51	808,00	0,47	822,00	0,45	14,00
Italia	3.297,49	0,16	2.996,39	0,15	4.326,00	0,2	2.737,00	0,14	3.253,00	0,16	516,00
Japón	9.480,10	0,18	11.020,98	0,2	10.831,00	0,18	10.605,00	0,17	11.786,00	0,23	1.181,00
Corea del Sur	815,54	0,1	1.173,79	0,12	1.325,00	0,12	1.597,00	0,14	1.744,00	0,13	147,00
Luxemburgo	414,73	1,01	402,69	1,09	409,00	0,97	399,00	1	431,00	1	32,00
Países Bajos	6.426,08	0,82	6.357,31	0,81	6.344,00	0,75	5.523,00	0,71	5.435,00	0,67	-88,00
Nueva Zelanda	309,28	0,29	342,22	0,26	424,00	0,28	449,00	0,28	461,00	0,26	12,00
Noruega	4.085,84	1,06	4.579,57	1,1	4.756,00	0,96	4.753,00	0,93	5.581,00	1,07	828,00
Polonia							421,00	0,09	474,00	0,1	53,00
Portugal	512,71	0,23	648,96	0,29	708,00	0,31	581,00	0,28	484,00	0,23	-97,00
Eslovaquia							80,00	0,09	85,00	0,09	5,00
Eslovenia							58,00	0,13	60,00	0,13	2,00
España	6.570,84	0,46	5.949,46	0,43	4.173,00	0,29	2.037,00	0,16	2.199,00	0,16	162,00
Suecia	4.548,23	1,12	4.533,49	0,97	5.603,00	1,02	5.240,00	0,97	5.831,00	1,02	591,00
Suiza	2.305,35	0,47	2.299,95	0,41	3.051,00	0,45	3.056,00	0,47	3.198,00	0,47	142,00
Reino Unido	11.504,89	0,52	13.052,97	0,56	13.832,00	0,56	13.891,00	0,56	17.881,00	0,72	3.990,00
EE UU	28.665,33	0,2	30.353,16	0,21	30.783,00	0,2	30.687,00	0,19	31.545,00	0,19	858,00
Total CAD	119.680,66	0,31	128.465,48	0,32	133.717,00	0,31	126.949,00	0,29	134.835,00	0,30	7.886,00

Fuente: OCDE – CAD

Conviene apuntar también que en 2013 han continuado los incrementos de AOD de países no miembros del CAD. Entre ellos podemos destacar a los Emiratos Árabes Unidos, que han quintuplicado su ayuda respecto al año anterior –colocándose en volumen por encima de 20 de los países miembros del CAD–, y Turquía, que el año anterior había duplicado su volumen de AOD y en 2013 la ha incrementado nuevamente en un 30 %.

Respecto a la naturaleza de los fondos, el ejercicio 2013 presenta proporciones muy similares a las de años anteriores en cuanto a la distribución de la ayuda multilateral y bilateral. La ayuda bilateral continúa representando el 70% del total de la AOD en 2013.

PROCESO DE REVISIÓN DEL CONCEPTO DE AOD EN EL SENO DEL CAD

Las nuevas tendencias en la cooperación, la emergencia de nuevos instrumentos a lo largo de los años, la incorporación de donantes emergentes no incluidos en el CAD y no sometidos a sus principios, la evolución de la propia agenda de desarrollo, han ido empujando al CAD hacia un replanteamiento del concepto y cómputo de la ayuda al desarrollo.

Durante 2014 y 2015 se va a realizar una revisión del concepto de ayuda al desarrollo dentro del CAD de la OCDE que tendrá un momento especialmente intenso en la Cumbre de Financiación del Desarrollo que se celebrará en Junio de 2015 en Addis Abeba. Este proceso se enfoca en dos objetivos principales: por un lado, realizar una puesta al día y modernización del concepto de AOD para recuperar su credibilidad, y por otro lado, introducir un nuevo parámetro de medición de todos los flujos de financiación del desarrollo –incluso los nuevos instrumentos innovadores que no cumplen los requisitos de la AOD– que podría dar lugar a un nuevo concepto, el TOSD (Total Official Support for Development).

El proceso busca adecuar el concepto de AOD a la nueva agenda de desarrollo post 2015 que se está construyendo, a los nuevos actores e instrumentos que han ido apareciendo en el panorama de la cooperación y a la necesidad de medir no solo el esfuerzo del donante sino el beneficio del receptor.

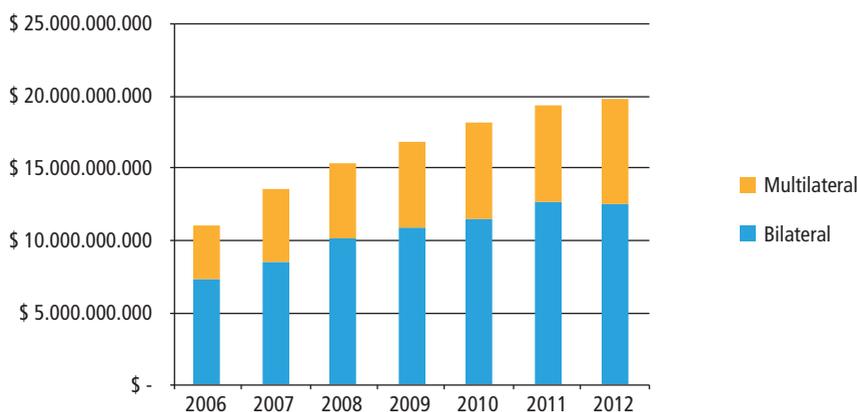
Algunos de los temas que se están analizando son la necesidad de armonizar los criterios de reporte, cómo y en qué medida deben computar las operaciones de paz y seguridad, revisión de la lista de países receptores y si se debe establecer un porcentaje mínimo a destinar a PMA o más bien establecer porcentajes en función de instrumentos, si deben o no computar algunos gastos generados en el propio país donante, incluyendo los gastos asociados a operaciones con refugiados en el país donante o las becas.

El tema principal de trabajo durante 2014 está siendo la revisión del concepto de concesionalidad, que afecta a la forma de computar la ayuda reembolsable. En la actualidad, los créditos que cumplen los requisitos establecidos computan como AOD en su totalidad en el momento de concesión, y después se restan de la AOD los reembolsos en el año en que se producen. Este sistema lleva a la paradoja de que operaciones exitosas, que dan buenos resultados, acaban computando cero AOD, porque el crédito se devuelve completo. Sin embargo, operaciones fallidas en las que parte del crédito queda sin devolver computan como AOD. Aunque todavía no está cerrado el debate, la revisión del concepto de concesionalidad podría llevar a computar como AOD aquello que supone una liberalidad para el receptor, es decir, la diferencia entre lo que le cuesta conseguir el crédito por vía de AOD de lo que le costaría conseguir el crédito en el mercado. Además habría que incorporar el marco de sostenibilidad de la deuda y se podría producir una revisión de la forma de computar las operaciones de alivio de deuda.

2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

Entre 2006 y 2012 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año, tanto en términos absolutos, como en su proporción respecto al total de la AOD del CAD, ya que ha pasado de 11.028 millones de dólares en 2006, que supuso el 7,34% de toda la AOD, a 19.807 millones en 2012, que representan el 14,15% del total de la ayuda. Este porcentaje de salud sobre la AOD ha crecido notablemente en los últimos años y se acerca positivamente en 2013 al 15% de la AOD que sería necesario para conseguir los objetivos que la comunidad internacional se ha marcado en el sector de la salud. En 2012 el crecimiento de la ayuda en salud se ha producido principalmente en el canal multilateral.

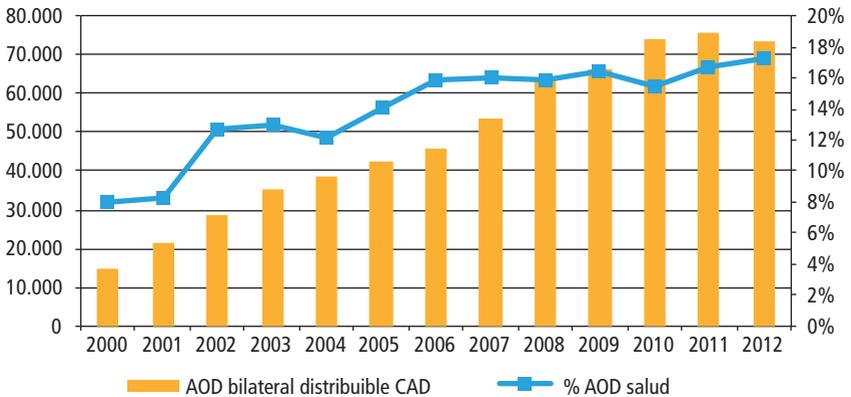
GRÁFICO 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Si analizamos la AOD bilateral destinada al sector salud podemos observar que, después del retroceso que experimentó en 2010 en el peso relativo que tiene en comparación con la AOD bilateral sectorialmente distribuible, en 2011 y 2012 se ha vuelto a recuperar e incrementar (gráfico 2.3); conviene precisar que, si bien cuando analizamos el porcentaje destinado a salud sobre el total de AOD el resultado se queda todavía por debajo del 15% demandado, cuando se analiza el porcentaje destinado a salud respecto a la ayuda bilateral sectorialmente distribuible, alcanza el 17,19%.

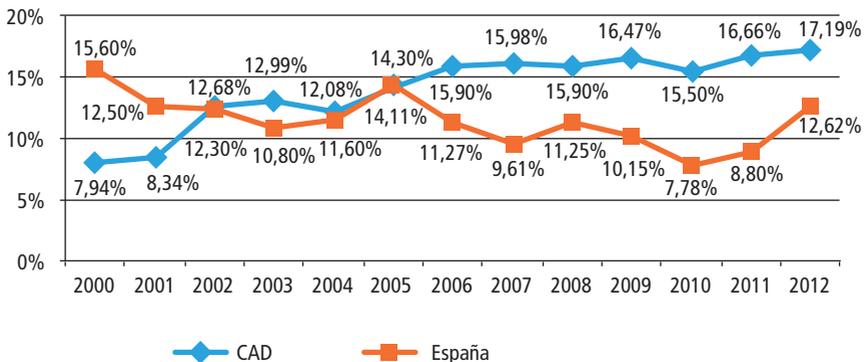
GRÁFICO 2.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Cuando comparamos el comportamiento de la cooperación española en salud con el conjunto de los países donantes del CAD, veníamos observando que, en los últimos seis años, la ayuda española se había ido distanciando progresivamente del promedio CAD, como se observa en el gráfico 2.5. Sin embargo, en 2012 este porcentaje se incrementó significativamente, hasta un 12,62 %, acortando la distancia que nos separa del promedio del CAD.

GRÁFICO 2.4. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Vuelve a destacar negativamente la tendencia decreciente de la AOD en salud de las instituciones europeas² (tabla 2.2) que reducen casi un 18 % la AOD destinada a salud en 2012, quedando en un 3 % del total de AOD, el porcentaje más bajo de los últimos años, dejando a la salud como un fenómeno residual dentro de sus prioridades, en contradicción total con el esfuerzo que hacen los países miembros a título individual.

**TABLA 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total AOD	10.132,00	11.466,40	12.875,50	13.023,58	12.570,34	17.946,85	18.101,64
AOD Salud general	164,90	68,30	177,50	149,30	162,60	137,59	117,84
AOD Salud básica	302,10	457,50	391,10	356,60	217,36	385,22	304,12
AOD SSR	140,80	138,10	163,70	67,00	95,27	135,80	121,01
Total Salud	607,80	663,90	732,30	572,90	475,23	658,61	542,97
%Salud/Total	6,00%	5,79%	5,69%	4,40%	3,78%	3,67%	3,00%

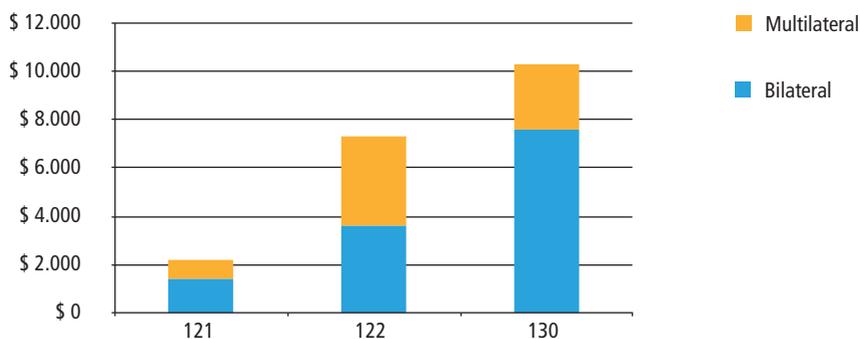
Fuente: Creditor Reporting System

3. DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD DEL CAD

Respecto a los tres subsectores de salud que computa el CAD [salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130)], como podemos observar en el gráfico 2.5, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones, alcanzado la cantidad de 10.313 millones de dólares, seguido por el subsector salud básica con 7.276 millones de dólares (casi un 10% más que en 2011) y, finalmente, salud general con 2.219 millones dólares (un 12 % menos).

2. Engloba la AOD de la Comisión Europea y de la Secretaría del Consejo Europeo.

GRÁFICO 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2012 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

La evolución de las aportaciones globales brutas de los países donantes del CAD en los subsectores de cooperación en salud presenta una línea de crecimiento constante entre 2006 y 2012 en salud básica y salud sexual y reproductiva, y un estancamiento –con ligeras fluctuaciones– en salud general.

Dentro del subsector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que supone el 70 % de todo el subsector, componente que más apoya el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En el subsector de salud básica la ayuda está más repartida en cuanto a componentes, destacando dos de ellos –atención sanitaria básica y control de la malaria– que en conjunto suponen el 60 % del sector. En 2012 se han incrementado los fondos destinados al componente de educación sanitaria, que alcanzan el 5 % del subsector de salud básica. En el subsector de salud sexual y reproductiva sigue destacando el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida, que acapara casi tres cuartas partes de la AOD de este subsector y el 38,5 % de toda la AOD en salud. En 2012 destaca el incremento de un 25 % para el componente de planificación familiar.

Se necesita mayor coherencia entre los recursos destinados a los subsectores y el impacto que tienen en el sector sanitario. Si queremos mejorar la ayuda en salud es importante que se apoyen de manera significativa aquellos subsectores que inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud³.

3. Se puede encontrar un análisis detallado de los componentes subsectoriales más coherentes con la APS y el fortalecimiento de los sistemas de salud en *“La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009”*

TABLA. 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
121	2.461,98	2.311,65	2.187,77	2.379,37	2.235,72	2.527,51	2.219,00
12110	1.818,05	1.776,16	1.713,64	1.830,01	1.609,88	1.793,20	1.556,94
12181	49,46	69,19	76,72	72,48	109,67	110,29	86,82
12182	399,95	245,58	192,77	170,85	194,09	257,06	270,99
12191	194,53	220,73	204,65	306,02	322,08	366,96	304,24
122	3.659,18	5.055,64	5.372,98	5.916,98	6.669,49	6.626,67	7.275,71
12220	1.332,28	1.846,56	2.169,16	1.770,61	2.316,25	2.397,64	2.625,66
12230	392,08	414,06	339,24	366,20	385,95	343,23	347,70
12240	192,88	246,23	279,63	409,21	365,14	408,10	564,88
12250	979,36	1.627,30	1.109,00	1.289,73	1.058,79	1.167,90	978,29
12261	40,74	39,13	54,13	54,09	64,71	84,91	118,39
12262	460,76	493,84	918,17	1.435,28	1.602,44	1.347,29	1.765,06
12263	234,93	329,62	423,46	504,72	787,07	784,62	773,57
12281	26,14	58,91	80,18	87,13	89,14	92,99	102,15
130	4.907,28	6.154,52	7.824,89	8.552,15	9.233,57	10.164,55	10.312,60
13010	296,43	276,23	320,09	277,45	274,43	307,14	398,01
13020	524,46	593,33	901,67	1.173,19	1.257,78	1.443,95	1.505,48
13030	205,48	251,90	385,09	520,03	491,79	585,13	732,58
13040	3.876,71	5.026,24	6.209,61	6.569,51	7.200,95	7.796,16	7.628,88
13081	4,19	6,82	8,43	11,97	8,63	32,17	47,65

Fuente: Creditor Reporting System

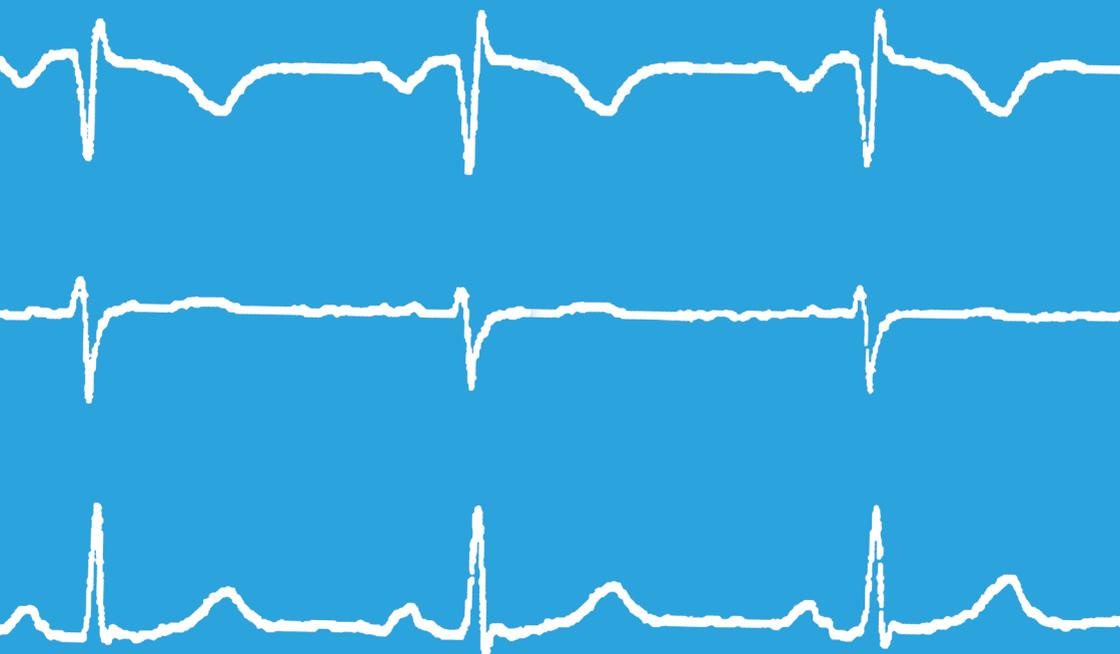
En cuanto a la distribución geográfica de la AOD en salud, si analizamos su destino por regiones, observamos que en 2012 continúa la tendencia positiva de los donantes durante los últimos años, orientada a concentrar la mayor parte de la inversión de fondos en el continente africano, el que mayores problemas de salud presenta. En 2012 África recibió AOD por valor de 57.062,45 millones de dólares de los cuales 10.640,51 millones se destinaron a salud, casi un 10 % más que en 2011 y más de la mitad del total destinado a salud. La concentración de AOD en el continente africano es mucho mayor en el sector salud que en la AOD en general.

Asia recibió 43.347,95 millones y concentró el 21,43 % de la AOD en salud, 4.239,40 millones, similar al año anterior. Por su parte, América recibió 11.378,66 millones, destinando a salud 874,58 millones, lo que supone un 13 % menos que el año anterior. Aunque casi el 18% no está especificado geográficamente, con las diferencias existentes entre regiones, podemos concluir que la orientación geográfica en salud es adecuada.

TABLA 2.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2012 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África		57.062,45	38,03%	10.640,51	53,78%
	Norte de África	5.866,91		78,76	
	África subsahariana	49.259,56		10.363,27	
	África, regional	1.935,98		198,48	
América		11.378,66	7,58%	874,58	4,42%
	América Central y del Norte	5.166,97		580,88	
	América del Sur	5.071,52		215,83	
	América, regional	1.140,18		77,87	
Asia		43.347,95	28,89%	4.239,40	21,43%
	Lejano Oriente	13.513,83		1.300,15	
	Asia central y del sur	21.770,32		2.465,69	
	Oriente Medio	7.188,68		386,31	
	Asia, regional	875,13		87,25	
Europa		8.699,61	5,80%	240,88	1,22%
Oceanía		2.205,53	1,47%	311,42	1,57%
No especificado		27.360,34	18,23%	3.479,94	17,59%

Fuente: Creditor Reporting System



CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2013 se ha producido un ligero incremento de la AOD española en su conjunto.
- Además, se ha detenido el descenso de la AOD para el sector salud.
- El componente de políticas sanitarias, muy orientado al fortalecimiento de sistemas de salud, copa el 36,5% de toda la AOD en salud.
- La AOD de las CCAA ha descendido en 2013 en su totalidad, pero ha aumentado la destinada al sector salud.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

Los datos utilizados para la elaboración del presente capítulo, provienen de los informes anuales de seguimiento de la AOD elaborados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo, así como las tablas detalladas de datos de AOD que los acompañan.

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes¹: 121, 122 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, y políticas y programas de población y salud reproductiva.

Dentro del informe se pueden encontrar identificadas y diferenciadas tres formas de canalizar la AOD: bilateral, multilateral y multilateral.

- Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación

1. Ver detalles en la tabla de clasificación del CAD en anexos.

(OTC) de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas, en muchos casos, a través de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente². Este sistema se ha utilizado hasta 2011; desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse. Esto hace que los datos de 2012 y 2013 no sean exactamente equivalentes –y por tanto directamente comparables– a los de los años anteriores³.
- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OМУDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. Es relativamente normal que estos datos se incluyan en la AOD bilateral. Sin embargo, en este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

2. Esto explica que, a partir del informe de seguimiento PACI 2007, en las fichas-sector que se incluyen en los anexos del mismo, se computaban mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130).

3. En 2011, el 56% de la AOD multilateral en salud correspondía a este tipo de imputaciones proporcionales que a partir de 2012 dejaron de hacerse.

CAMBIO DE METODOLOGÍA EN LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS DE AOD PARA EL SECTOR SALUD EN ESTE INFORME

En años anteriores hemos venido utilizando de forma habitual los datos de AOD neta desembolsada, es decir, el resultado de restar a la AOD bruta desembolsada los reintegros producidos en el año de AOD reembolsable para salud de años anteriores.

En este año, a la hora de presentar la AOD del sector salud, **hemos visto más conveniente utilizar los datos de AOD bruta**, es decir, los desembolsos que se han efectuado durante el año analizado, sin restarle los reintegros de créditos de años anteriores.

El motivo de este cambio se debe a que, debido a la aplicación de la normativa que regula el principal instrumento de ayuda reembolsable (el FONPRODE), en 2012 y en 2013 no se han producido desembolsos de nuevos créditos, porque el sector salud se considera un sector al que no se debe canalizar este tipo de ayuda. Sin embargo, en 2013 se ha producido un volumen significativo de reembolsos de créditos antiguos que se otorgaron para el sector salud y que, por tanto, se restan a este sector al calcular la AOD neta. Nos parece que cuando se producían en el mismo año tanto desembolsos como reembolsos de crédito, tenía todo el sentido utilizar la AOD neta. Pero en la situación actual, esta magnitud desvirtúa el esfuerzo real que se está haciendo en este momento en este sector.

Por ello, en cada caso indicaremos cuando estamos utilizando los datos de AOD neta o de AOD bruta, pero la norma en este informe será utilizar como magnitud de referencia la AOD bruta.

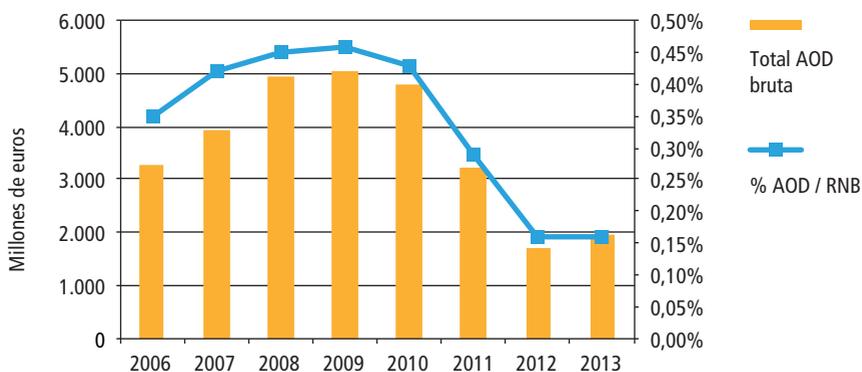
1.2. Datos generales de la AOD en 2013

La AOD bruta desembolsada en 2013 por España ha sido de **1.961 millones de euros**, lo que representa el 0,16% de la renta nacional bruta. Respecto a la ayuda neta, es decir, restando los reembolsos que se han producido en 2013 de ayuda reembolsable de años anteriores, el monto ha sido 1.788 millones de euros.

La AOD desembolsada se ha ajustado a lo previsto en la Comunicación 2013⁴, lo cual es una buena noticia, después de seis años de producirse significativas desviaciones entre AOD planificada y ejecutada.

4. Con la puesta en marcha del IV Plan Director 2013-2016 se introdujo de facto un cambio en el sistema de planificación de la Cooperación Española que se ha visto después confirmado a través de la modificación producida en la Ley 23/1998 de Cooperación Internacional operada por la disposición final primera de la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado. A través de esta modificación se han eliminado los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI), que la ley establecía que debían desarrollar con periodicidad anual los objetivos, prioridades y recursos establecidos en el Plan Director como elemento básico que contiene las líneas generales y directrices básicas de la política española de cooperación internacional. Esto implica que el Plan Director de la Cooperación Española debe aunar ahora un carácter estratégico con una cierta funcionalidad más operativa (*continúa en próxima la página*).

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB 2006-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID.

La Comunicación 2014 hizo una previsión de AOD bruta para este año similar a la ejecutada en 2012. Es decir, en principio, si se cumple lo planificado, se prevé que en 2014 se produzca un nuevo retroceso en el volumen de AOD.

2. AOD EN SALUD EN 2013

2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2013

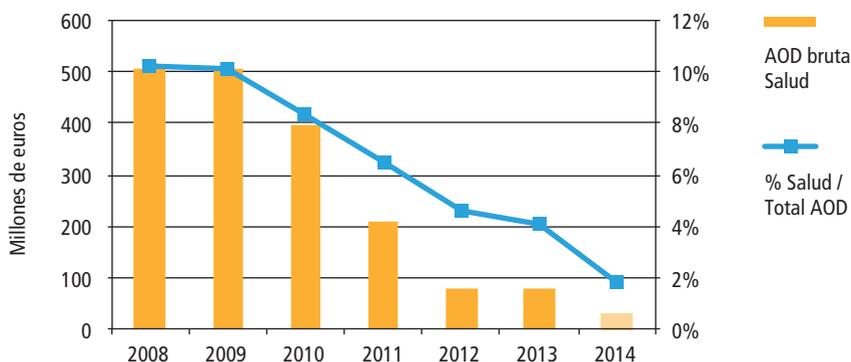
Las previsiones de la Comunicación 2013 señalaban que se dedicarían a salud un total de 61,2 millones de euros, es decir, el 3,15% del total de la AOD bruta.

Sin embargo, la ejecución real arroja los siguientes datos: en 2013 se han destinado al sector salud 80,88 millones de euros, es decir, un 31% más de lo que se había planificado, lo que supone que la salud ha representado el 4,12% del total de la AOD bruta en 2013.

(Viene de la página anterior) La modificación ha establecido la sustitución de los PACI por unas Comunicaciones Anuales que harán referencia a la ejecución del Plan Director. Según explicaba la SGCID en la primera de estas Comunicaciones Anuales, la de 2013, este cambio pretende aligerar los procesos de planificación, que a partir de ahora consisten básicamente en la aplicación [directa] del Plan Director con validez cuatrienal, acompañado de un Seguimiento anual del mismo. La comunicación anual nace con la idea de ser un documento ágil, breve y útil que explique las prioridades políticas para el año en curso así como el marco presupuestario. No tiene el mismo alcance ni el proceso de elaboración de contenidos, ni el proceso de consultas que tenía el PACI.

Esto supone un ligero incremento respecto a 2012. Sin embargo, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) presentadas en la Comunicación 2014, la AOD en salud volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 32,72 millones y en un 1,83% de toda la AOD bruta. No se trata de un hecho puntual; la gráfica 3.2. nos muestra la tendencia descendente –que comienza en 2008– de progresiva pérdida de peso relativo de la salud dentro de la cooperación española.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2014 es una previsión en base a la Comunicación 2014.

Si hacemos un análisis más pormenorizado de la posición del sector salud respecto al resto de sectores, debemos centrarnos solamente en la ayuda bilateral distribuíble, que es aquella de la que tenemos especificaciones respecto al sector. La evolución de los diferentes sectores nos permite ver que la salud está habitualmente entre los cinco o seis sectores que más financiación han recibido cada año por este canal, aunque, como ocurre también con los otros sectores, con altibajos (tabla 3.1). Quizás el sector de gobernabilidad es el que ha tenido una trayectoria más sólida y estable en estos últimos cinco años, seguido de educación. Sin embargo, dentro del grupo de los sectores con más peso relativo, los sectores de agua y saneamiento, salud y agricultura presentan más oscilaciones interanuales y, por tanto, menos estabilidad.

TABLA 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2009-2013

Sectores CAD	2009		2010		2011		2012		2013	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	264.076.523	10,47%	274.791.103	11,36%	192.941.177	14,38%	83.518.489	16,89%	61.806.286	12,61%
120+130 Salud	363.785.777	14,42%	188.590.028	7,80%	124.734.200	9,29%	62.288.387	12,60%	54.786.713	11,18%
140 Agua y saneamiento	376.293.639	14,91%	250.683.346	10,36%	82.250.728	6,13%	20.405.611	4,13%	70.663.766	14,42%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	346.680.110	13,74%	353.436.833	14,61%	248.118.187	18,49%	112.999.558	22,86%	96.774.804	19,75%
160 Otros servicios e infraest. sociales	187.017.587	7,41%	150.193.303	6,21%	111.592.482	8,31%	39.093.981	7,91%	37.411.207	7,63%
210 Transporte y almacenamiento	198.065.071	7,85%	89.288.127	3,69%	37.971.216	2,83%	1.788.747	0,36%	13.499.106	2,75%
220 Comunicaciones	8.821.380	0,35%	11.857.696	0,49%	5.790.997	0,43%	896.565	0,18%	757.608	0,15%
230 Generación y suministro de energía	257.645.204	10,21%	202.816.655	8,38%	73.656.051	5,49%	1.404.829	0,28%	28.381.870	5,79%
240 Servicios financieros	67.199.901	2,66%	79.164.271	3,27%	35.750.746	2,66%	37.105.631	7,50%	12.648.212	2,58%
250 Empresas y otros servicios	20.088.638	0,80%	91.691.958	3,79%	8.133.541	0,61%	1.555.825	0,31%	1.447.771	0,30%
311 Agricultura y ganadería	127.413.233	5,05%	386.029.323	15,96%	94.962.882	7,08%	48.007.426	9,71%	46.002.753	9,39%
312 Bosques	5.083.084	0,20%	18.423.093	0,76%	4.617.169	0,34%	535.116	0,11%	244.461	0,05%
313 Pesca	25.744.981	1,02%	23.545.239	0,97%	13.727.749	1,02%	3.496.767	0,71%	2.596.866	0,53%

321 Industria	17.459.415	0,69%	19.210.322	0,79%	151.319.927	11,27%	9.576.977	1,94%	5.312.753	1,08%
322 Minería y recursos minerales	1.330.361	0,05%	1.162.377	0,05%	108.000	0,01%	16.655	0,00%	21.640	0,00%
323 Construcción	1.346.271	0,05%	3.347.821	0,14%	100.254	0,01%	127.029	0,03%	3.325	0,00%
331 Políticas y regulaciones comerciales	2.777.740	0,11%	3.751.564	0,16%	1.206.888	0,09%	37.851	0,01%	127.309	0,03%
332 Turismo	6.326.371	0,25%	6.212.963	0,26%	2.956.152	0,22%	1.077.663	0,22%	432.602	0,09%
410 Medioambiente	100.754.451	3,99%	104.215.146	4,31%	40.005.331	2,98%	11.781.976	2,38%	5.960.485	1,22%
430 Multisectorial	145.051.622	5,75%	160.509.633	6,64%	112.194.239	8,36%	58.701.268	11,87%	51.213.280	10,45%
Total AOD bilateral distribuable	2.522.961.358	100%	2.418.920.801	100%	1.342.137.917	100%	494.416.353	100%	490.092.817	100%

Cantidades en euros.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID. En esta tabla están incluidos los datos de ayuda multilateral.

Es necesario hacer una acotación sobre el valor de estos datos: mientras que en 2009 y 2010 la AOD bilateral distribuible representaba la mitad de toda la AOD bruta española, su peso relativo ha ido bajando al 42% en 2011, al 30% en 2012 y al 25% en 2013. Una de las principales razones que explican esta evolución es que, mientras se ha recortado el conjunto de la AOD española, se han mantenido las contribuciones obligatorias que España hace al presupuesto de cooperación de la UE y al FED, aportaciones que no son sectorialmente distribuibles y que han llegado a representar casi la mitad de toda la AOD española. Por tanto, estos porcentajes de distribución sectorial no pueden entenderse como representativos del conjunto de la AOD. Simplemente nos permiten hacernos una idea aproximativa de la prioridad que cada sector está teniendo en la política española de cooperación.

La tabla 3.2 nos permite observar la desagregación por canales y por agentes de la AOD en salud en 2013. La ayuda bilateral ha supuesto el 61,25% –similar al año 2012–, la multilateral el 6,48% –menos de la mitad que el año pasado– y la multilateral el 32,27%, –once puntos más que el año anterior–.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con dos tercios de toda la AOD bruta en salud, vuelve a ser el principal financiador, con gran diferencia. También destacan las Comunidades Autónomas que, en conjunto, han aportado un 27,4% de toda la AOD en salud, siendo el segundo actor en importancia en este sector. Seguimos señalando un año más el pobre papel que, paradójicamente, juega en este sector de la cooperación el Ministerio de Sanidad con 66.318 euros, el 0'08% del monto total de la cooperación sanitaria y casi diez veces menos que la aportación del Ministerio de Economía. Es necesaria una mayor implicación de este Ministerio, sobre todo en algunos subsectores como el de investigación o formación, que pueden mejorar enormemente los resultados en las acciones de cooperación sanitaria.

TABLA 3.2. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2013

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 80.886.114 € 100% Neta: 54.054.437 €	AOD bilateral Bruta: 49.543.203 € 61,25% Neta: 22.710.925 €	No reembolsable 49.543.203 €	MAEC AECID	23.018.517
			MINECO	614.102
			MSSSI	66.318
			CCAA	21.164.576
			EELL	4.092.963
			Universidades	586.726
	Reembolsable - 26.832.278 €	Desembolsos	0	
		MINECO reembolsos	-26.832.278	
	AOD multilateral 5.243.510 € 6,48%	Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	CCAA	1.000.000
			Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	4.243.510
AOD multilateral 26.100.002 € 32,27% Contribuciones obligatorias: 16.861.877 € Contribuciones voluntarias: 9.238.125 €	Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación		26.100.002	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2013 publicados por SGCID.

2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales

En 2013 ha habido un ligero incremento en la AOD española destinada al sector salud canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral). Después de haber aumentado extraordinariamente entre 2006 y 2009, se redujo fuertemente en el período 2010-2012. En 2013 ha aumentado aproximadamente un 15%, hasta superar los 31 millones de euros pero muy lejos de sus cifras máximas en 2009, que alcanzaron los 342, 5 millones de euros, más de diez veces por encima de la cifra actual.

Una consecuencia directa de este descenso es la concentración de este tipo de ayuda en 7 organismos y fondos, concentrándose el 90% en solo dos organismos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Finance Facility for Immunisation (IFFIm), que parecen ser sus apuestas estratégicas en estos años.

2.2.1. AOD MULTILATERAL EN SALUD EN 2013

En 2013 la AOD multilateral ha supuesto casi un tercio de toda la AOD en salud, con un monto de 26 millones de euros, frente a los 16 millones de 2012.

TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2010–2013.

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013
MAEC	NACIONES UNIDAS	44.468.602 €	27.353.331 €	7.371.586 €	16.861.877 €
	FNUAP - Fondo de Población de NNUU	16.000.000 €	9.500.000 €		
	OMS - Organización Mundial de la Salud	19.098.237 €	6.821.223 €	7.010.186 €	16.861.877 €
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	1.637.071 €	2.669.515 €		
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.398.007 €	650.952 €		
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	3.878.648 €	3.850.681 €		
	WFP - Programa Mundial de Alimentos	2.456.639 €	2.415.508 €		
	UNRWA		1.445.452 €	361.400 €	
	OTROS ORGANISMOS	113.249.580 €	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	103.000.000 €			
	IFFIm - Facilidat Financiera Internacional para la Inmunización	8.463.161 €	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	1.786.419 €			
	SUBTOTAL MAEC	157.718.182 €	35.948.702 €	16.089.123 €	26.100.002 €
MINECO	INSTITUCIONES FINANCIERAS	19.823.555 €	15.693.476 €		
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	18.327.385 €	15.168.702 €		
	BaFid - Banco Africano de Desarrollo	1.496.170 €	524.774 €		
	UNION EUROPEA	33.226.369 €	31.432.078 €		
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	24.415.637 €	22.472.025 €		
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	8.810.732 €	8.960.052 €		
	SUBTOTAL MINECO	53.049.924 €	47.125.553 €		
MSSSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	270.000 €			
	SUBTOTAL MSPSI	270.000 €			
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		211.038.106 €	83.074.255 €	16.089.123 €	26.100.002 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

2.2.2. AOD MULTIBILATERAL EN SALUD EN 2013

La **ayuda multilateral** en salud vuelve a reducirse drásticamente en 2013, siendo menos de la mitad que en el año anterior, hasta situarse en 5,2 millones de euros, poco más de un 2,6% de lo que llegó a ser en 2009.

El grueso de estas contribuciones se concentra en OMS, FNUAP y UNRWA.

**TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD
SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2010 – 2013.**

ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	%
FNUAP	14.331.388 €	2.575.000 €	1.500.000 €	1.500.000 €	28,61%
OPS	8.060.000 €	4.000.000 €	109.907 €		
UNICEF	8.225.020 €	426.500 €	414.755 €		
DNDi		2.000.000 €			
UNRWA	57.172 €	320.000 €		1.000.000 €	19,07%
OMS	770.000 €	3.542.726 €	1.500.000 €	2.000.000 €	38,14%
PNUD	200.000 €				
ONUSIDA	200.000 €		1.000 €	500.000 €	9,54%
OEA - Organización de Estados Americanos				193.510 €	3,69%
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	180.000 €			50.000 €	0,95%
UE		6.666.667 €	1.333.333 €		
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas	9.670 €				
BID		5.356.186 €	5.447.471 €		
SEGIB		696.000 €	144.000 €		
MSF			454.000 €		
TOTAL	32.033.250 €	25.583.079 €	10.450.466 €	5.243.510 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2013, podemos ver que ha sido el subsector de salud general, con más de la mitad de la ayuda en salud, el que más AOD concentró. Dentro de este subsector, destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110) al que se destinó el 36,5% de toda la AOD en salud (aquí se incluyen las contribuciones obligatorias de España a la OMS). Pero el subsector que más avanza porcentualmente desde 2012 es la investigación médica, que duplica sus recursos, situándose entre los subsectores CRS más financiados, lo cual es debido, como veremos posteriormente, al incremento de la aportación de las CCAA.

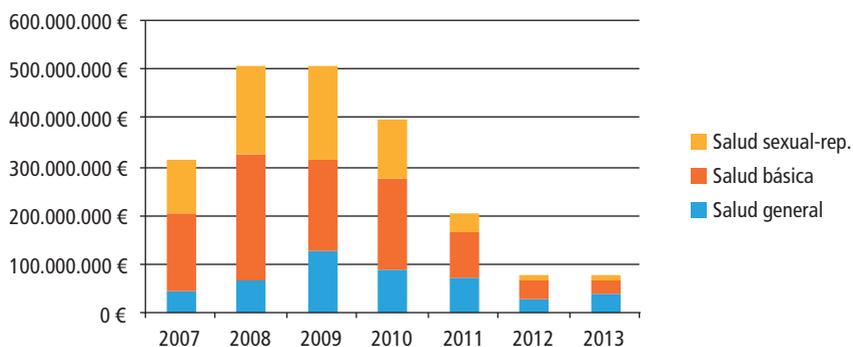
TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS. 2013

CAD/CRS	DESCRIPCIÓN	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	Salud general	23.631.313 €	1.843.510 €	16.861.877 €	42.336.700 €	52,34%
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	10.871.021 €	1.793.510 €	16.861.877 €	29.526.408 €	36,50%
12181	Enseñanza y Formación médicas	2.096.645 €			2.096.645 €	2,59%
12182	Investigación médica	8.810.096 €			8.810.096 €	10,89%
12191	Servicios médicos	1.853.550 €	50.000 €		1.903.550 €	2,35%
122	Salud básica	14.301.207 €	400.000 €	9.238.125 €	23.939.332 €	29,60%
12220	Atención sanitaria Básica	6.008.988 €		9.238.125 €	15.247.113 €	18,85%
12230	Infraestructura sanitaria básica	3.037.457 €			3.037.457 €	3,76%
12240	Nutrición básica	1.766.011 €			1.766.011 €	2,18%
12250	Control enfermedades infecciosas	899.954 €	100.000 €		999.954 €	1,24%
12261	Educación sanitaria	1.429.253 €	300.000 €		1.729.253 €	2,14%
12262	Control de la malaria	381.074 €			381.074 €	0,47%
12263	Control de la Tuberculosis	30.000 €			30.000 €	0,04%
12281	Formación personal sanitario	748.470 €			748.470 €	0,93%
130	Salud sexual y reproductiva	11.610.683 €	3.000.000 €	0 €	14.610.683 €	18,06%
13010	Pol. Población y gestión admva	103.201 €			103.201 €	0,13%
13020	Atención en S.R.	8.319.314 €	2.000.000 €		10.319.314 €	12,76%
13030	Planificación Familiar	947.797 €	500.000 €		1.447.797 €	1,79%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	787.323 €	500.000 €		1.287.323 €	1,59%
13081	Formación RRHH en población y SR	1.453.049 €			1.453.049 €	1,80%
TOTAL		49.543.203 €	5.243.510 €	26.100.002 €	80.886.714 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Visto en evolución, observamos que en los últimos siete años los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva tuvieron un fuerte crecimiento seguido de una fortísima contracción, que supone una falta de previsibilidad de la ayuda y puede provocar en los países receptores cierto desconcierto y problemas en la planificación de su sanidad. Sin embargo, el sector de salud general creció de forma más moderada y no decreció de forma tan brusca, de manera que al final del período está prácticamente como al principio. De esta experiencia se debería extraer el aprendizaje de que el crecimiento de AOD en este sector se debería hacer de una forma más equilibrada, utilizando instrumentos que permitan una mayor consolidación y estabilidad en el trabajo, que aseguren la sostenibilidad y el impacto de las acciones.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2013 la ayuda en salud canalizada hacia África, que en 2011 había sido el 44% y en 2012 se redujo al 35,5%, se mantiene similar al año anterior. Sin embargo, América Latina que en 2012 recibió el 29% de la AOD en salud descendió en 2013 al 20%. Sigue aumentando el porcentaje de la AOD en salud no especificada geográficamente, que fue del 11,5% en 2011, creció al 27% en 2012 y en 2013 ha sido más del 38%. Esto se explica por la elevada relevancia de la ayuda multilateral en la cooperación sanitaria de 2013, que no se suele especificar.

TABLA 3.6. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD, 2013.

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2013	%
AFRICA	28.212.660 €	34,88%
Norte de Africa	3.898.306 €	
África Subsahariana	24.310.604 €	
No especificado	3.750 €	
AMERICA	16.222.339 €	20,06%
América Central y Caribe	6.574.268 €	
América del Sur	9.406.806 €	
No especificado	241.266 €	
ASIA	2.433.396 €	3,01%
Asia Oriental	658.841 €	
Asia Central	85.892 €	
Sur de Asia	1.688.663 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	2.534.840 €	3,13%
EUROPA	377.085 €	0,47%
PVD No Esp.	31.106.393 €	38,46%
TOTAL	80.886.714 €	

Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

El IV Plan Director de la Cooperación Española⁵ establece que durante el período 2013-2016 nuestra cooperación deberá irse concentrando en los 23 países de asociación priorizados. En 2013, de la AOD en salud que estaba especificada geográficamente, el 77% se concentró en esos 23 países (el 40% de la AOD bruta en salud no está especificada por países).

5. http://www.ccesd.org/IMG/pdf/IV_Plan_DirectorCE_2013-2016.pdf

TABLA 3.7. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2013.

PRIORIDADES IV PD	AOD SALUD 2013	%
Prioritarios	36.909.703 €	77,07%
No prioritarios	10.983.759 €	22,93%
TOTAL Especificada	47.893.462 €	100%
No Especificada	32.993.253 €	

Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Por otro lado, también podemos hacer un análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores. La siguiente tabla nos muestra que, dejando aparte la ayuda no especificada geográficamente, el porcentaje destinado a los PMA es el más alto, un 28,12%, aunque se ha reducido cuatro puntos porcentuales respecto a 2012, situándose por debajo del 30%, lo que sin duda es una tendencia a corregir. El porcentaje destinado a países de renta media-baja se ha reducido en cuatro puntos y el dirigido a países de renta media-alta se ha duplicado respecto al año anterior. Este crecimiento se explica en buena medida por el hecho de que algunos países prioritarios de la Cooperación Española, han pasado a tener la consideración de países de renta media-alta (Perú, Ecuador, Rep. Dominicana), además de por las operaciones realizadas con Colombia y México. Apuntar que México no está dentro de la lista de 23 países prioritarios con los que quiere trabajar la cooperación española.

TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2013.

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2013	%
PMA	22.745.284 €	28,12%
Otros de renta baja	256.354 €	0,32%
Renta media baja	17.431.398 €	21,55%
Renta media alta	7.460.425 €	9,22%
No especificado	32.993.253 €	40,79%
TOTAL	80.886.714 €	

Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Si nos fijamos en los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2013, podemos ver que, a diferencia de 2012 en que todos ellos pertenecían al Grupo A (asociación amplia), en 2013 se incorporan algunos países que ni eran prioritarios en el III Plan Director ni lo son en el IV. Además observamos entradas y salidas significativas en esta lista de los 10 que más AOD recibieron: Malí, que no estaba el año pasado en la lista, está el primero este año; Etiopía, que fue el segundo el año pasado, no está este año; India, que no estaba el año pasado y que no es país prioritario, ha entrado en esta lista (fundamentalmente por proyectos de CCAA y EELL). Es de suponer que tanto la orientación geográfica como la sectorial del nuevo plan Director deben haber sido consensuados con los otros actores públicos de cooperación, sobre todo en salud, dada la importancia que tiene la cooperación descentralizada en este sector.

TABLA 3.9. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2013

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2013
Mali	7.071.447 €
Mozambique	5.558.497 €
Bolivia	3.825.075 €
Marruecos	2.243.357 €
Perú	1.917.809 €
Mauritania	1.836.910 €
Territorios Palestinos	1.742.103 €
R.D. Congo	1.740.230 €
India	1.549.185 €
Población Saharaui	1.485.562 €

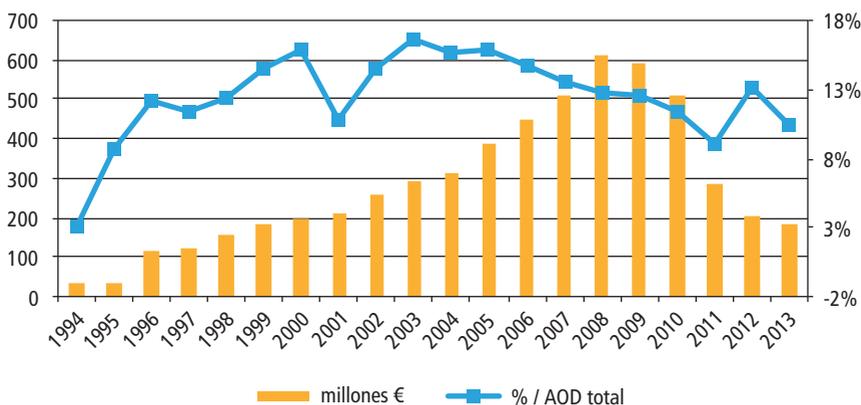
Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

3. LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTES LOCALES

3.1. La AOD descentralizada.

La cooperación descentralizada española, elemento singular y diferenciador con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, y bien valorada a nivel internacional, engloba la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL). A lo largo de 15 años (entre 1994 y 2008), la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular. Sin embargo, en los últimos cinco años ha experimentado un retroceso que la ha situado en volúmenes similares a los de 1999, y corre el riesgo, sobre todo la de EELL de ser un elemento residual.

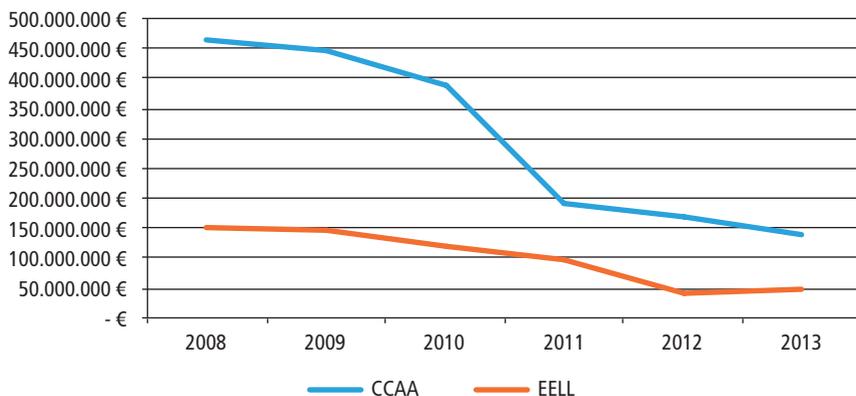
GRÁFICO 3.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

En 2013 se ha producido un nuevo descenso en la AOD aportada por la CCAA pero ha habido un ligero aumento de la que proviene de EELL. Observando la evolución de los últimos años de cada uno de estos agentes, podemos apreciar que la AOD de ambos se ha reducido a un tercio del nivel más alto que alcanzaron en 2008.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Aunque el dato promedio de CCAA es de descenso de la AOD, debemos señalar que en 2013 cinco CCAA han incrementado su AOD, destacando Andalucía, con un aumento de casi el 50% respecto a 2012. Y, por otro lado, doce CCAA han reducido la AOD, destacando Madrid, con una reducción del 90%, y País Vasco, con una reducción de más del 40%; entre ambas acumulan casi dos tercios de la reducción autonómica de AOD. Hay que recordar que País Vasco ha sido históricamente una de las CCAA con mayor presencia en la AOD en los últimos años.

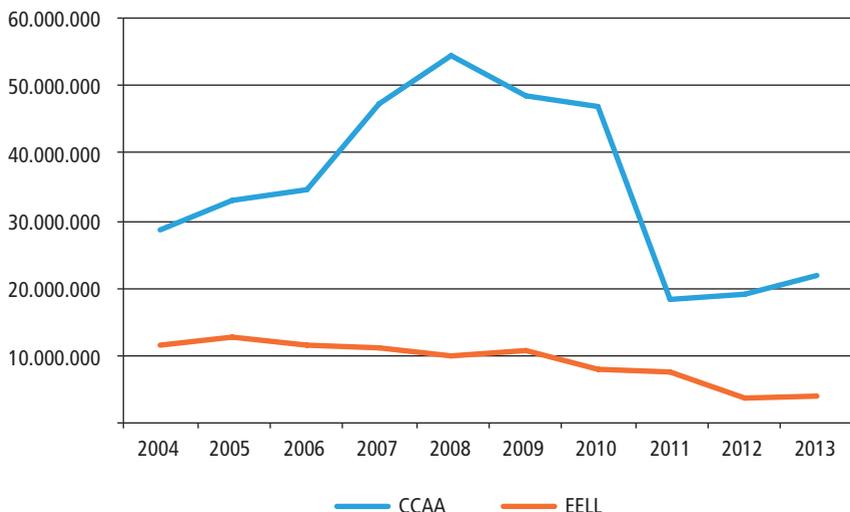
3.2. La AOD descentralizada en salud.

Durante 2013 las CCAA y EELL han destinado 26 millones de euros al sector salud, con un aporte autonómico de 22 millones y un aporte local de 4 millones. Los fondos autonómicos han permitido realizar 225 acciones de salud, con un coste promedio de 98 mil euros; las 306 acciones financiadas por las EELL, arrojan una media por acción de apenas 13 mil euros. Más allá del promedio de las acciones, queremos destacar en positivo la importancia de financiar pequeñas iniciativas que pueden quedar fuera de los grandes acuerdos internacionales.

Si observamos en la gráfica 3.6 la tendencia de la AOD sanitaria de las CCAA y de las EELL desde 2004, podemos sacar algunas conclusiones. Mientras la AOD sanitaria en las EELL mantiene desde hace años una línea descendente, más intensa en los últimos dos años, en las CCAA la salud ha tenido un comportamiento más errático,

con una brusca reducción en 2011 (mayor porcentualmente que el conjunto de la AOD), a partir de la cual se mantiene una ligera evolución positiva.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE CCAA Y EELL 2004-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID

En lo que respecta a las CCAA, la salud supone un 18% del conjunto de su AOD, superando el 15% reclamado por la OMS para salud y demostrando que la AOD descentralizada tiene una orientación sectorial más coherente con las directrices internacionales. Dicho esto debemos apuntar que algo más del 50% de la AOD autonómica destinada a salud procede de Cataluña y Andalucía, dos de las comunidades que han incrementado considerablemente su AOD en Salud. En el apartado de reducciones de AOD en salud destacan Navarra, con una disminución de más de 2 millones de euros (70% menos) y Madrid, una de las 4 CCAA que no apuestan por la AOD en salud. El decrecimiento de Navarra, que históricamente ha sido una de las CCAA que más había apostado por la salud, se enmarca en la fuerte caída de su AOD general, que se ha visto reducida en los últimos años en más de un 60%. También Castilla-La Mancha presenta unos datos llamativos de aumento que seguramente se explican por pagos de atrasos en subvenciones concedidas en años anteriores. Estos datos confirman la heterogeneidad del comportamiento de la

cooperación descentralizada, y el diferente compromiso con la cooperación sanitaria que tienen las diferentes CCAA.

TABLA 3.10. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2012-2013

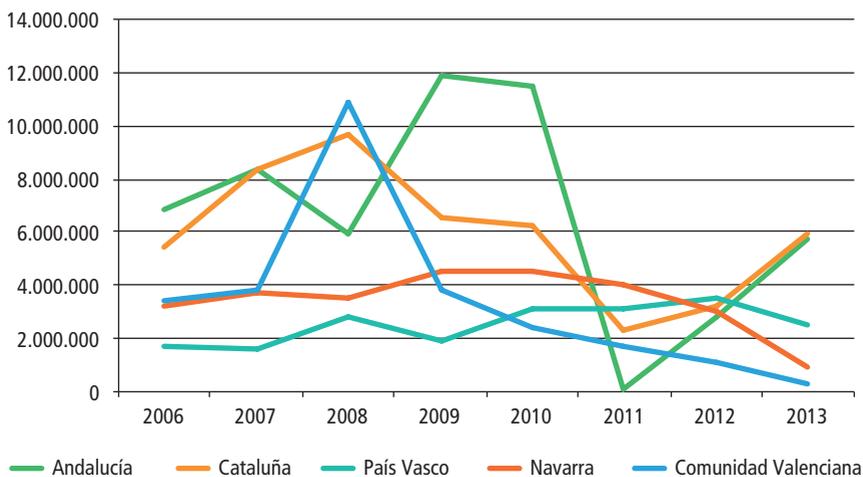
CCAA	2012	2013
Andalucía	2.833.861 €	5.771.804 €
Aragón	79.443 €	565.149 €
Asturias	730.988 €	850.787 €
Baleares	189.301 €	50.000 €
Cantabria		
Canarias		
Cataluña	3.206.884 €	5.903.197 €
País Vasco	3.480.721 €	2.524.900 €
Castilla-La Mancha		2.370.164 €
Castilla y León	1.093.158 €	520.908 €
Extremadura	786.334 €	1.695.693 €
Galicia	883.266 €	494.734 €
La Rioja	126.750 €	215.000 €
Madrid	1.589.804 €	
Murcia		
Navarra	3.013.236 €	927.169 €
C. Valenciana	1.150.841 €	275.071 €
Ceuta	8.100 €	
TOTAL	19.172.688 €	22.164.576 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Pero la decisión de apostar por la cooperación sanitaria es también una decisión política. Si analizamos la gráfica 3.7 que visibiliza la tendencia de los últimos años en el comportamiento de la AOD en salud de las 5 CCAA que históricamente han apostado por la cooperación sanitaria, observamos como el comportamiento es muy heterogéneo, y no hay un patrón definido que nos muestre que algún hecho externo, como la crisis económica afectara a todos por igual y en el mismo momento. La cooperación vasca mantiene durante todos los años un comportamiento estable hasta el momento; Navarra ha ido descendiendo su cooperación sanitaria hasta casi

desaparecer en 2013; Andalucía crece, desaparece y luego se recupera; la Comunidad Valenciana decrece pero no recupera su nivel, y prácticamente desaparece; Cataluña disminuye a partir de 2008, pero desde 2011 crecen sus aportaciones a AOD en salud,... Como ya hemos mencionado anteriormente, esta forma tan errática de trabajar en la cooperación sanitaria dificulta enormemente la previsibilidad de la ayuda, y dificulta las previsiones de los países receptores, reduciendo el impacto que estas acciones pueden tener en la salud de los pueblos.

GRAFICA 3.7. AOD EN SALUD DE 5 CCAA, 2006-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

Desde el punto de vista **sectorial**, la AOD descentralizada (CCAA + EELL) destinada a salud se distribuye de forma bastante homogénea entre los subsectores de salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva. Pero destaca el peso tan importante que tiene este año el componente de investigación médica (casi el 20% de toda la AOD descentralizada en salud), que es debido principalmente por ayudas de Cataluña al CRESIB y a universidades, centros de investigación y fundaciones hospitalarias para contratación de personal investigador novel, y que explica el aumento en el conjunto de la AOD española de este subsector CRS. También destaca el componente de atención en salud reproductiva (22,5%), en el cual destaca la participación de Andalucía (más de la mitad del aporte).

TABLA 3.11. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS. 2013

CAD	CRS		AOD 2013	%
121		Salud general	8.681.729 €	33,06%
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	1.061.855 €	4,04%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	817.854 €	3,11%
	12182	Investigación médica	5.116.024 €	19,48%
	12191	Servicios médicos	1.685.997 €	6,42%
122		Salud básica	9.672.769 €	36,84%
	12220	Atención sanitaria Básica	3.686.978 €	14,04%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.788.400 €	6,81%
	12240	Nutrición básica	1.743.340 €	6,64%
	12250	Control enfermedades infecciosas	321.291 €	1,22%
	12261	Educación sanitaria	1.397.535 €	5,32%
	12262	Control de la malaria	375.000 €	1,43%
	12263	Control de la Tuberculosis	30.000 €	0,11%
	12281	Formación personal sanitario	330.225 €	1,26%
130		Salud sexual y reproductiva	7.903.042 €	30,10%
	13010	Pol. Población y gestión admva	18.666 €	0,07%
	13020	Atención en S.R.	5.915.074 €	22,53%
	13030	Planificación Familiar	287.797 €	1,10%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	783.540 €	2,98%
	13081	Formación RRHH en población y SR	897.965 €	3,42%
TOTAL			26.257.540 €	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, en la medida que la ayuda no especificada geográficamente es proporcionalmente mucho menor que en el conjunto de la Cooperación Española, presenta mayores porcentajes de concentración en África y en América Latina. Respecto a esta última, el reparto entre América Central y Caribe y América del Sur es igualitario, a diferencia del conjunto de la Cooperación Española que se concentra en mayor medida en América del Sur. También es mayor la proporción de ayuda destinada a Asia y a Oriente Medio (en el conjunto de la AOD en salud es la mitad que en la descentralizada).

TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2013

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2013	%
AFRICA	11.576.360 €	44,09%
Norte de África	1.270.036 €	
África Subsahariana	10.302.574 €	
No especificado	3.750 €	
AMERICA	9.916.234 €	37,77%
América Central y Caribe	4.780.410 €	
América del Sur	4.940.824 €	
No especificado	195.000 €	
ASIA	1.993.638 €	7,59%
Asia Oriental	228.283 €	
Asia Central	85.892 €	
Sur de Asia	1.679.463 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.884.840 €	7,18%
EUROPA	373.585 €	1,42%
PVD No Esp.	512.881 €	1,95%
TOTAL	26.257.540 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.

El análisis de la asignación de AOD descentralizada en salud según el nivel de renta de los países destinatarios, nos muestra una mayor concentración de la AOD en PMA, y en países de renta media baja, superando en ambos casos la barrera del 30% y mostrando una mayor coherencia respecto a la cooperación de la AGE. En el debe tenemos que destacar el alto porcentaje de AOD destinado a países de renta media alta, que duplica lo destinado por la AGE. Quizás se explique por el menor porcentaje de AOD no especificada geográficamente.

TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR GRUPOS DE PAÍSES SEGÚN NIVEL DE RENTA. 2013

NIVEL DE RENTA	AOD 2013	%
PMA	9.267.300 €	35,29%
Otros renta baja	248.354 €	0,95%
PRMB	9.349.005 €	35,61%
PRMA	5.556.250 €	21,16%
No especificado	1.836.631 €	6,99%

Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.

En cuanto al análisis de las EELL, ha habido 78 EELL que han destinado fondos a salud, por un monto total de 4.092.963,19 de euros. Pero el compromiso con el sector es muy heterogéneo, incorporando pequeños y grandes ayuntamientos y otras entidades como las Diputaciones. No obstante, podemos destacar que las 10 EELL que más recursos han destinado a este sector suponen el 58% del total destinado a salud por las EELL. Y hay algunas EELL que muestran una tendencia constante a estar entre las que muestran un mayor compromiso con la cooperación sanitaria, pues aparecen en este listado de forma constante en los últimos años. Nos referimos sobre todo a los Ayuntamientos de Barcelona y Pamplona, a los que casi siempre les han acompañado los Ayuntamientos de Zaragoza, Bilbao y la Diputación Foral de Guipúzcoa.

TABLA 3.14. EELL CON MAYOR AOD EN SALUD 2012, EN EUROS

EELL	AOD SALUD 2013
AYTO BARCELONA	508.798
AYTO PAMPLONA	379.784
AYTO MÁLAGA	270.770
AYTO ZARAGOZA	265.729
AYTO BILBAO	218.788
AYTO CIUDAD REAL	212.285
DIP FORAL GUIPUZCOA	150.000
AYTO BURGOS	141.810
AYTO OVIEDO	126.948
AYTO ALCOBENDAS	100.601
TOTAL	2.375.513

Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID

La salud de la cooperación descentralizada desarrolla un papel importante y necesario dentro del conjunto de la cooperación sanitaria española, dotándole de una especificidad que es necesario mantener. Por este motivo, sería deseable que las instituciones descentralizadas dieran un impulso a su cooperación sanitaria para que el derecho al acceso a la salud mejore en el mundo y no sea el privilegio de unos pocos.

4. INCIDENCIA INFORME 2013

Uno de los objetivos del informe es poder influir en las políticas de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria oficiales en el Sector Salud, para mejorar su calidad, eficacia y eficiencia. Para ello analizamos la política de cooperación española en el sector salud, relatamos los análisis internacionales sobre Salud Global, los marcos internacionales del Derecho a la Salud y lo contrastamos con la actuación de los titulares de obligación en España. Hecho el trabajo, informamos a los decisores políticos de las líneas que, a nuestro juicio, se deberían seguir para avanzar hacia una política de cooperación en salud y acción humanitaria de calidad y coherente con los compromisos internacionales adquiridos por el gobierno de España.

Sensibles a los temas de cooperación, los grupos parlamentarios formalizan vía Proposición no de Ley o pregunta parlamentaria aquellas cuestiones que nos inquietan con el propósito de, entre todos, mejorar la cooperación. De las reuniones mantenidas en 2013, surgió una Proposición no de Ley, presentada por Laia Ortiz Castellví y Joan Coscubiela Conesa del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural sobre la AOD destinada a Salud, para su debate en la Comisión de Cooperación Internacional; y dos preguntas parlamentarias, una a cargo de Irene Lozano Domingo, del Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia, y otra presentada por Jon Iñarritu García, diputado de AMAIUR, integrado en el Grupo Mixto. Reproducimos a continuación las iniciativas llevadas a cabo por los grupos parlamentarios.

**BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

Serie D / Núm. 440 | 14 de abril de 2014 | Pág. 32, 33 y 34

161/002630

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre la AOD destinada a Salud, para su debate en la Comisión de Cooperación Internacional.

El Informe 2013 de Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus «La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria» presenta la situación crítica en la que se encuentra la cooperación española en general y en salud en particular.

La ayuda oficial al desarrollo del conjunto de donantes del CAD retrocedió un 6% en 2012, pasando del 0,31% del PIB al 0,29%. Por tercer año consecutivo, en el capítulo de descensos vuelve a destacar España, que presenta una vez más el mayor recorte en términos absolutos, con una disminución de 2.225 millones de dólares, es decir, más del 53% respecto a 2011. España ha pasado del 0,46% en 2009 a un pírrico 0,15% en 2012. Irlanda y Portugal (dos de los tres países rescatados de nuestro entorno) siguen destinando más AOD que España.

Y la cooperación en salud desciende en 2012 a 74 millones de euros, un descenso de más del 60% respecto a 2011. Pero lo más preocupante es que su peso relativo dentro del conjunto de la ayuda se sitúa por debajo del 5%, transformando en una ilusión la recomendación internacional de destinar a este sector al menos un 15% para lograr alcanzar un impacto en salud. La ayuda en salud se sitúa entre los valores más bajos de la última década y es uno de los sectores más afectados por los recortes de la AOD. La AOD del CAD destinada a salud alcanzó en 2011 el 12,5%.

El riesgo que todo esto implica es que se frenen los avances logrados en la consecución de algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio y haga más difícil la consecución de otros que ya estamos en condiciones de afirmar que no se cubrirán. La disminución de la mortalidad materna es, posiblemente, el más difícil de alcanzar en 2015. El parto sigue siendo especialmente arriesgado en el África subsahariana. La mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en todo el mundo, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar la meta fijada. La propagación del VIH parece haberse estabilizado, pero muchas personas, especialmente jóvenes, siguen sin saber cómo protegerse.

África Subsahariana y América Latina han sido las regiones donde más se han concentrado los recursos en el período 2008-2012 acumulando el 38,2% y el 34% respectivamente del total de la AOD en salud.

Los países principales receptores de AOD en salud en 2011 son los siguientes por orden de porcentaje de fondos: Territorios Palestinos, Níger, Etiopía, Bolivia, Mozambique, Perú, Filipinas, Argentina, Mali y Guinea Ecuatorial.

Llama la atención que de estos países solo el 50% habían definido el sector salud como prioritario.

Si tenemos en cuenta el listado de países que fueron definidos por criterios de equidad de la UE como posibles para concentrar apoyos en salud, se observa que solamente un 70% (Mozambique, Níger, Mali, Etiopía, Filipinas, Bolivia y Perú) coinciden con el listado de países para la distribución equitativa de fondos en salud.

Por otro lado, si analizamos los países definidos por criterios de equidad del Plan de Actuación Sectorial de Salud PASS se observa que 17 de 20 han sido incluidos como países prioritarios en el IV Plan Director, de entre los cuales solo en 10 de ellos se ha realizado ya el proceso MAP incluyéndose tan solo en 6 (Mozambique, Etiopía, Guatemala, Paraguay, Bolivia, El Salvador) el sector salud dejando menos espacio estratégico de maniobra para aumentar la AOD de salud bilateral en un futuro.

La canalización de la AOD ha ido variando en este período de tiempo y la presencia de lo multilateral y multilateral ha ido disminuyendo en porcentaje ya que en números absolutos el descenso ha sido generalizado en todas las modalidades de ayuda. En el año 2008 la cooperación bilateral representaba un 41,5% y la multilateral, incluyendo la multilateral y la multilateral, un 58,5%. En el año 2012 la cooperación bilateral en salud representa un 63,5% la multilateral un 36,5%.

Cabe resaltar que la ayuda bilateral ha aumentado proporcionalmente debido tan solo al descenso de la ayuda multilateral, ya que la ayuda bilateral ha bajado propiamente un 47% respecto a 2011. A pesar de que este hecho podría permitir a priori intervenir sobre el refuerzo de los Sistemas de Salud Equitativos y de Calidad, al que invita el IV Plan Director, no parece fácil que se logre ya que las decisiones sobre los instrumentos/modalidades de ayuda siguen siendo tan solo financieras perdiéndose la oportunidad de poner a los instrumentos al servicio de resultados de desarrollo sectoriales tal y como implicaría la buena Gestión por Resultados. Igualmente la merma de lo multilateral dificulta la capacidad del estado español en Diplomacia en Salud Global que se juega en el terreno de lo multilateral.

En 2012 la AOD multilateral ha supuesto solo el 21,7% del total de la AOD en salud siendo el MAEC el único agente que la canaliza, y se concreta exclusivamente en la contribución obligatoria a la OMS, la aportación al IFFIm y una pequeña aportación a UNRWA.

La ayuda multilateral en 2012 supone un 5% de lo que llegó a ser en 2009 y se dirige a 9 organismos que son: FIDA, UNFPA, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, OPS, PMA y GAVI, de forma que el panorama de concentración de organismos puede permitir en un futuro una mejora de la eficacia de la ayuda en este sentido si se pone al servicio de intereses estratégicos de impacto en resultados sectoriales con enfoque geográfico.

La AOD en salud se reparte entre tres subsectores: Salud general, salud básica y Programas de población y salud sexual y reproductiva. La distribución de estos tres subsectores también ha ido variando durante el período 2008-2012 y el subsector de salud sexual y reproductiva ha ido perdiendo peso, siendo en el 2012 el subsector de salud básica que incluye la atención sanitaria básica, infraestructura sanitaria, nutrición, control de enfermedades infecciosas, educación sanitaria, control de malaria, tuberculosis y formación de personal sanitario el que acumula más fondos con más del 50%.

Proposición no de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a

1. Poner fin a los recortes económicos en cooperación internacional y reafirmar el compromiso de destinar un 15% de la AOD distribuible sectorialmente a salud y entre ello el 6% a salud sexual y reproductiva, liderando su inclusión en la próxima Cumbre de septiembre de 2015 donde se adoptará la agenda post-2015.
2. Garantizar que la cobertura universal en salud sea incorporada en el marco post-ODM.
3. Exigir indicadores globales que controlen el progreso hacia la cobertura universal en salud incluyendo factores de género y equidad.
4. Aportar recursos técnicos y financieros a largo plazo con el fin de apoyar los esfuerzos nacionales en esta dirección.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 1 de abril de 2014.—**Laila Ortiz Castellví**, Diputada.

—**Joan Coscubiela Conesa**, Portavoz del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUIA, CHA: La Izquierda Plural.

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El Grupo Parlamentario de Unión Progreso y Democracia, a instancia de su diputada, Irene Lozano Domingo, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 185 y siguientes, del vigente Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente pregunta para la que se solicita respuesta por escrito sobre la caída del presupuesto de ayuda oficial para el desarrollo destinada a salud. Congreso de los Diputados, 26 de marzo de 2014

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La ayuda oficial para el desarrollo (AOD) dedicada a la salud por el conjunto de donantes del CAD ha aumentado de manera progresiva durante los últimos años. Representaba en torno a un 7% del total de la AOD en 2006 y ha llegado al 12,5% en 2011, aunque todavía se halla lejos del 15% que recomiendan organismos internacionales especializados en esta materia, como la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, cuando comprobamos la evolución de la cooperación española en salud con el conjunto de los países donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), observamos que porcentualmente la ayuda española para salud se distancia del promedio de este comité. Hace una década los fondos que España destinaba a salud eran similares al promedio del CAD; sin embargo, la cooperación española ha disminuido de manera progresiva la proporción de ayuda destinada a salud, desde casi un 11% en 2009 hasta situarse en un 4,66% del porcentaje total destinado a cooperación en el año 2012. Las previsiones para 2013 apuntan a que dedicaremos en torno al 3% y para el presente ejercicio, según los datos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación en su Comunicación 2014 al Parlamento, se presupuesta para salud ¡sólo un 1,83% del total de AOD!

Por otro lado, de los datos ofrecidos por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación cabe destacar las limitaciones de la información sobre la utilización de los fondos. Es llamativo que del total de los fondos destinados a cooperación en el ejercicio 2012, según la página web del Ministerio, en un 77% no se especifique para qué prioridades del Plan Director han sido utilizados. Diferentes organizaciones especializadas en materia de cooperación señalan que de ese 77% no especificado, más de la mitad corresponderían a los fondos aportados a la Unión Europea y costes administrativos, pero otra cantidad importante (un 29%) no está especificado a qué prioridades del Plan Director se han destinado. En conjunto, la realidad es que sólo sabemos a qué prioridades del Plan Director se ha destinado el 23% de la AOD.

En relación a lo anterior se presentan las siguientes preguntas:

¿Tiene intención el Gobierno de aumentar las partidas destinadas a salud en el presupuesto de AOD para igualarlas a la media de los países del CAD?

¿A qué prioridades del Plan Director corresponde el apartado "Total PSNE-SPD No especificado", que asciende a 1.223.512.781,61 €, es decir, un 77% de la AOD de 2012?

¿Considera el Gobierno que la información que facilita la página del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación es compatible con los principios de transparencia?

¿Qué medidas va a tomar de forma urgente el Gobierno para que la información de los fondos de cooperación cumpla la ley y los principios de transparencia, para así resultar útil al sector y a la ciudadanía?

Irene Lozano Domingo, Grupo parlamentario de UPyD

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Congreso de los diputados, 29 de abril de 2014

Jon Iñárritu García, diputado de AMAIUR, integrado en el Grupo Mixto, de conformidad con lo previsto en el artículo 185 del Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente PREGUNTA AL GOBIERNO CON RUEGO DE RESPUESTA POR ESCRITO.

La relatora de la ONU sobre pobreza extrema, Magdalena Sepúlveda, pidió el pasado 29 de abril al Gobierno español por medio de una declaración escrita que “cambie de rumbo” en relación a ciertas medidas que afectan el acceso a la salud, particularmente de la población inmigrante. Recordó a las autoridades que España tiene obligaciones internacionales en cuanto al acceso a la atención sanitaria, lo que incluye a los inmigrantes independientes de su situación jurídica, es decir, si están en el país de manera legal o irregular.

“La falta de acceso de los inmigrantes a la atención primaria no es sólo cuestionable desde una perspectiva de derechos humanos, sino también poco efectiva para reducir costes a largo plazo”, opinó. Defendió que si ese colectivo no recibe atención primaria de salud, entonces los servicios de emergencia, que de manera general son más costosos, sufrirán una sobrecarga.

La relatora valoró la respuesta que recibió del Gobierno, aunque se distanció de los argumentos y conclusiones de España. “El gobierno argumenta que el Real Decreto 16/2012 no es discriminatorio, porque trata la legalidad de residencia en el país y no el origen nacional. Este argumento refleja una percepción errónea del principio de no discriminación”, puntualizó. “Los principios básicos de Derechos Humanos no pueden ser ignorados” por el control del déficit, censura la ONU.

De igual forma, agregó que “los principios básicos de Derechos Humanos no pueden ser ignorados a causa de las presiones fiscales”. Bajo esas consideraciones, la relatora señaló que no puede considerarse que la atención sanitaria sea universal, pública y gratuita, como sostiene España. “Los incidentes de los que me han informado, que resultan en la falta de tratamiento para inmigrantes pobres e indocumentados -u otras personas obligadas a pagar incluso si residen legalmente en el país- son inaceptables”, enfatizó.

Por todo ello, Amaiur desea conocer:

¿Qué opinión le merecen al Gobierno las opiniones de la ONU sobre el acceso a la sanidad de los extranjeros?

¿Ha respondido el Gobierno de España a la ONU?, ¿En qué términos?

¿Considera el Gobierno realizar modificaciones para que todos los ciudadanos, con independencia de su estatus legal, tengan acceso general a la sanidad

Respuesta del Gobierno a la Pregunta de Amaiur

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

27 JUN. 2014 19:30:05

Entrada 141387

RESPUESTA DEL GOBIERNO

(184) PREGUNTA ESCRITA CONGRESO

184/51125 | 30/04/2014 | 133061

AUTOR/A: IÑARRITU GARCÍA, Jon (GMX)

RESPUESTA:

En relación con la protección de la salud a ciudadanos extranjeros en situación administrativa irregular en nuestro país, el Gobierno considera que con las medidas previstas en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, se cubre todas las contingencias de salud pública. Los ciudadanos de otras nacionalidades son atendidos y reciben asistencia sanitaria hasta la situación de alta médica. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años reciben asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Otros colectivos como solicitantes de protección internacional y víctimas de tratos de seres humanos también tienen garantizada la asistencia sanitaria aunque no tengan la condición de asegurados.

El Consejo de la Unión Europea ha confirmado la evaluación positiva de las medidas adoptadas por España a través del Real Decreto-Ley 16/2012.

En la reunión de Ministros de Salud de la Unión Europea que se celebró en Atenas, se ha puesto de manifiesto que España es uno de los países de la Unión Europea con mayor cobertura sanitaria para este colectivo. El comisario Borg confirmó que España tiene su normativa adaptada a la Unión Europea y se pone de manifiesto la generosidad en el tratamiento a estas personas.

Madrid, 2 de junio de 2014



CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

Se muestran en este capítulo los acontecimientos mundiales de mayor impacto acaecidos durante 2013, causantes de las necesidades humanitarias del planeta. Se analiza la respuesta proporcionada por los diferentes actores internacionales involucrados en el sistema de ayuda. Se valora con especial atención el comportamiento de la Cooperación Española en el campo de la acción humanitaria. Se pretende con este análisis promover la reflexión de todos los actores involucrados en la Cooperación Española, especialmente los institucionales, en el afán de mejorar la calidad y eficacia de la respuesta humanitaria para obtener un impacto más adecuado y de mayor alcance respecto de la población afectada por crisis humanitarias.

El mundo se ha visto afectado durante 2013 por un total de 330 catástrofes naturales, según los datos proporcionados por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes¹ (EM-DAT) y la Oficina de las Naciones Unidas para Reducción de Catástrofes² (UNISDR). Un número similar a los dos años previos, en el que, como es habitual, las inundaciones supusieron el 50% del total de los desastres. Junto a ellas, los fenómenos meteorológicos, como las tormentas tropicales o ciclones, constituyeron el 30%, mientras que los terremotos contribuyeron al 10% de las catástrofes naturales en el planeta.

En términos de impacto humanitario, estos desastres han llegado a causar 21.600 víctimas mortales, una cantidad menor a la de años anteriores. También fue comparativamente menor el número de personas afectadas, aun cuando ascendieron a 97 millones de personas. Los daños materiales estimados supusieron la colosal cifra de 120.000 millones de dólares, algo menor también que en años previos.

Un total de 108 países se vieron afectados por estos fenómenos. Analizando la ubicación geográfica de estos desastres, Asia continua siendo el continente más afectado con 156 desastres, lo que supone el 41% del total. Este continente también

1. CRED. www.crd.be

2. UNISDR. www.unisdr.org

sufrió el mayor número de víctimas mortales, con el 90% de las que se produjeron durante todo 2013. En Filipinas, el ciclón Haiyan causó más de 6.000 víctimas mortales, 4 millones de personas desplazadas y 14 millones de personas damnificadas. En India, las inundaciones provocadas por el monzón causaron la muerte a 6.054 personas y el ciclón Phailin afectó a 13 millones de personas. En China, las muertes causadas por fenómenos de la naturaleza ascendieron a 1.400 personas. Estos tres países asiáticos acumularon el 73% de las personas afectadas por catástrofes naturales en todo el mundo en 2013. Además, otros países asiáticos sufrieron los efectos de la naturaleza, como las inundaciones en Bangladesh, Laos, Camboya o Vietnam o terremotos en Indonesia.

El continente americano se vio afectado por el 22% de los desastres. Debemos destacar la poca previsión en la respuesta a estos fenómenos de la naturaleza que año tras año se repiten en las mismas regiones del continente. Se siguen viendo afectados países en desarrollo, con escasos recursos para el establecimiento de sistemas preventivos eficaces. La destrucción de vidas e infraestructuras incrementa la vulnerabilidad ante próximas catástrofes de las comunidades que habitan estas zonas. Un claro ejemplo es Haití, donde tres años después del terremoto, aún continúan 120.000 personas sin viviendas, alojadas en refugios provisionales, azotadas por la mayor epidemia de cólera de los últimos tiempos, todo ello sobre la base de una situación de pobreza estructural. Mencionar que también se vieron afectadas por huracanes las islas del Caribe, con daños en Cuba, Jamaica y la República Dominicana.

África sufrió el 16% de catástrofes naturales, sumando el 5% de las víctimas mortales. Las sequías y las inundaciones continúan siendo la causa de los mayores desplazamientos de población, siempre en busca de alimentos para sobrevivir. En algunos casos, la acción de los conflictos ha multiplicado los efectos causados por la naturaleza, como es el caso de Somalia, Sudán del Sur y Zimbabue.

Se aprecia en las últimas décadas un aumento en el número de catástrofes naturales que son más devastadoras y como consecuencia sobrepasan en gran medida los limitados recursos disponibles. El incremento en la complejidad de las mismas se atribuye fundamentalmente al cambio climático, a la expansión demográfica que acarrea un desarrollo urbanístico descontrolado en las partes más vulnerables del planeta y a las situaciones de bajo desarrollo de muchas regiones.

La violencia y los conflictos armados han azotado con intensa virulencia múltiples países en 2013. Muchos de ellos son conflictos crónicos complejos que experimentan reagudizaciones periódicas causantes de gran sufrimiento en la población. Algunos, los menos, son conflictos emergentes como los recientes de Oriente Medio resultantes de la inestabilidad surgida en la región tras la revolución social de la Primavera Árabe de 2011. Entre ellos destaca la guerra civil en Siria donde se con-

tabilizan más de 100.000 víctimas mortales, medio millón de personas heridas, 6,5 millones de personas desplazadas hacia zonas más seguras en el país y 2,3 millones de personas refugiadas en los países limítrofes. De los 9,3 millones de personas en situación de dependencia humanitaria, 2,5 millones no han tenido acceso a la misma. La situación, lejos de mejorar, ha continuado empeorando durante 2014 extendiéndose a Líbano e Irak. En este país hemos asistido durante el pasado año a un incremento de la tensión entre las diferentes comunidades que conviven en el territorio. Tras la salida de las fuerzas americanas, se ha producido una reacción de la minoría Suni frente la mayoría Chií que ostenta el poder y la perseguida comunidad Kurda. Los enfrentamientos entre estas comunidades ha provocado importantes desplazamientos de población civil en busca de protección. El conflicto palestino-israelí persiste con periódicas reagudizaciones como la experimentada en la Franja de Gaza a lo largo del 2014, que en tan solo mes y medio ha causado 1.200 víctimas mortales, 10.000 personas heridas, 300.000 personas desplazadas y ha puesto en riesgo de crisis a los 1,7 millones de habitantes de la franja. La inestabilidad de la región también afecta a países como Yemen donde, sobre una situación crónica de pobreza, la inestabilidad política mantiene a 10 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria. En Libia la reaparición de la violencia ha vuelto a provocar desplazamiento de población, agolpándose en la frontera de países limítrofes como Túnez en un intento de ponerse a salvo. Muchos de ellos perdieron la vida en un dramático viaje marcado por el naufragio cuando intentaban alcanzar las costas del sur de Europa.

En África subsahariana persiste la violencia en la República Centroafricana (RCA), donde tras el ataque a la capital a finales de año, se produjo una oleada de violencia en todo el país, contabilizándose 1.000 personas asesinadas y un millón de personas desplazadas huyendo de la barbarie. Persiste el conflicto armado en Somalia, donde se mantiene la situación de inseguridad alimentaria como consecuencia del conflicto que impone fuertes limitaciones a la movilidad y al cultivo de la tierra, así como por la falta de lluvias con la pertinaz sequía en la región, donde la vida de 3 millones de personas depende de la ayuda humanitaria. La crisis se ha agudizado de nuevo en Sudan del Sur, donde a finales de año donde los combates por diferencias tribales afectaron a la seguridad de 7 millones de personas y causaron el desplazamiento de unas 200.000 parte de las cuales se refugiaron en Etiopía. En la República Democrática del Congo (RDC), los combates en el este del país entre el ejército congoleño y la guerrilla del M23 han producido el desplazamiento de 2,3 millones de personas de los Kivu y mantiene en situación de inseguridad alimentaria a casi 7 millones de personas. Malí es otro de los países con conflicto activo durante el pasado año, que junto a los 9 países que forman el Sahel tiene a 16 millones de personas en situación

de inseguridad alimentaria. Más al norte, se mantiene la situación cronificada de la población Saharaui refugiada en Argelia, que con gran dificultad consigue fondos en el ámbito internacional para cubrir escasamente las necesidades humanitarias.

En el continente asiático se mantiene activo el conflicto de Afganistán, donde permanecen en situación de desplazamiento cerca de 700.000 personas debido a la inseguridad, a pesar de los esfuerzos de las partes en conflicto por pacificar el país. En Myanmar los desplazamientos son consecuencia de la violencia entre la población, que margina a las comunidades budistas y musulmanas. En el Estado de Rakhine se contabilizan unas 150.000 personas desplazadas a las que hay que sumar las 100.000 del Estado de Kachin junto a la frontera con China y 400.000 más en el sudeste del país.

En América Latina persiste en Colombia uno de los conflictos más antiguos aun activo, que provocó en 2013 nuevos desplazamientos de población. Hasta 250.000 personas tuvieron que dejar sus casas para escapar de la violencia, sumándose a las casi 5 millones de personas desplazadas de forma permanente en todo el país. A pesar de todas las esperanzas puestas en las negociaciones de paz, se precisa seguir atendiendo las necesidades humanitarias de la población que un año más son infra financiadas. La violencia en Méjico y Centroamérica también causa numerosas víctimas, superando ya a las del conflicto colombiano en términos anuales, y provocando desplazamientos de población en busca de zonas más seguras para vivir.

Todos estos conflictos y situaciones de violencia tienen en común los desplazamientos forzados de población que intenta escapar del horror de la guerra, alcanzando la cifra record de 51 millones de personas. Muchas de estas personas, cruzan las fronteras con países vecinos convirtiéndose en refugiadas; según datos de ACNUR, en 2013 se ha incrementado el número de personas refugiadas hasta los 17 millones. Pero aun ha sido mayor el incremento de personas desplazadas dentro de los propios países como consecuencia de la violencia, alcanzando un total de 33 millones durante el año 2013. Gran parte de estos desplazamientos se produjeron en Oriente Medio, las regiones del Sahel, Cuerno de África, y la RCA y RDC en el centro del continente. Estas personas se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad y solo pueden sobrevivir con apoyo de la ayuda exterior que la ONU y las organizaciones humanitarias les proporcionan.

2. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La ayuda internacional que ha tratado de dar respuesta a las numerosas necesidades humanitarias, ascendió en 2013 a 22.000 millones de dólares. Una cifra record que supera los fondos empleados en los años precedentes, en un intento de dar respuesta a las crecientes necesidades.

Del total de la ayuda humanitaria internacional, el 74% correspondió a aportaciones gubernamentales y el 26% a financiación privada. Ambas financiaciones se incrementaron de forma proporcional, apreciándose una consolidación de la tendencia de 3 a 1 en la financiación oficial respecto a la privada a nivel mundial.

**TABLA 4.1. FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL
(EN MILES DE MILLONES DE DÓLARES)**

Ayuda Humanitaria	2009	2010	2011	2012	2013
Total de la ayuda internacional	16	20,2	19,4	17,6	22
Total gubernamental	12,6	13,8	13,8	12,7	16,4
Países OCDE-CAD	11,3	12,3	13	11,5	14,1
Países no OCDE	0,5	0,7	0,8	1,3	2,3
Ayuda donantes privados	3,4	6,3	5,7	4,9	5,6

Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System

La ayuda gubernamental, con 16.400 millones de dólares fue aportada, en un 86%, por los 28 Estados miembros de la OCDE-CAD³. Los mayores contribuyentes continúan siendo la Unión Europea que, sumando las aportaciones de la Comisión Europea y los Estados miembro, supone el 35% de la ayuda gubernamental, y Estados Unidos que aporta el 29%. Otros países destacados son Japón, cuyas aportaciones crecieron hasta alcanzar los 1.100 millones de dólares y Canadá, con 691 millones. En negativo destacar el drástico descenso de la financiación por parte de Australia.

En 2013 las aportaciones de países no pertenecientes al CAD supusieron un 14%, alcanzando los 2.300 millones de dólares lo que representa un notable incremento con respecto a años previos. Destacan en este apartado las aportaciones de Turquía con 1.600 millones de dólares, Kuwait con 327 millones y Arabia Saudí con 109 millones. Estos tres países destinaron en torno al 75% de sus aportaciones a la crisis Siria. Por el contrario tenemos que destacar la reducción, en un 25%, de

3. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico – Comité de Ayuda al Desarrollo

la aportación China, segunda economía del mundo, y en menor medida la de otros países emergentes como Rusia y Brasil.

Las aportaciones privadas a la Ayuda Humanitaria, con 5.600 millones de dólares, experimentaron un crecimiento del 35% respecto a 2012. Este esfuerzo llevado a cabo por ONG, fundaciones, grandes empresas y corporaciones, pero sobretodo por aportaciones individuales en todo el mundo, mantiene la cifra porcentual del 26% frente a la ayuda oficial gubernamental.

La financiación privada, al contrario que la gubernamental, se canaliza en un 90% a través de las ONG, mientras que el 10% restante se distribuye a través de agencias de Naciones Unidas, el movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

El destino de la ayuda humanitaria internacional se concentró mayoritariamente en países que en 2013 estuvieron sumidos en graves crisis. Destacan las aportaciones al conflicto de Siria y su repercusión en los países limítrofes. África Subsahariana concentra el mayor porcentaje de ayuda humanitaria internacional dirigida a países como Sudán del Sur, República Centroafricana, Somalia y RDC que sufren los conflictos más devastadores de la región.

Resulta clave el mantenimiento de esta tendencia ya que la mayoría de estas regiones se encuentran afectadas de forma crónica por crisis complejas en las que se superpone la violencia con niveles muy bajos de desarrollo y catástrofes naturales.

Apuntar finalmente que este récord en la aportación de fondos para la acción humanitaria internacional, no ha sido suficiente para cubrir todas las necesidades humanitarias. De los 13.500 millones de dólares solicitados por Naciones Unidas a través de los llamamientos consolidados y de emergencia realizados por UNOCHA⁴, solo se llegaron a cubrir el 65% de las necesidades. Quedaron sin atender necesidades humanitarias por valor de 4.600 millones de dólares. Esto significa que las necesidades humanitarias de unos 30 millones de personas han quedado sin ser cubiertas durante el pasado año.

2.1. Canalización de la ayuda internacional para Acción Humanitaria

UNOCHA es el organismo responsable de la coordinación de la ayuda humanitaria y de dar seguimiento a las contribuciones multilaterales y bilaterales a Naciones Unidas, a través del Financial Tracking Service (FTS)⁵.

4. UNOCHA: Oficina de Coordinación de Ayuda Humanitaria de Naciones Unidas

5. www.fts.unocha.org

De los 22.000 millones de dólares de ayuda humanitaria internacional, 8.500 millones se canalizaron a través de los 23 llamamientos del sistema de NNUU coordinados por OCHA.

Aunque la mayoría de los donantes canalizaron la ayuda al margen del sistema de Naciones Unidas, los 8.500 millones recogidos por UNOCHA suponen una cifra record, siendo las agencias como el Programa Mundial de Alimentos (PMA), UNICEF, ACNUR junto a UNRWA y la OMS las que gestionaron las mayores partidas destinadas a acción humanitaria. El resto de la ayuda se canalizó a través de ONG, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Federación de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICRMLR), el sector público a través de agencias gubernamentales, y los sectores militar y privado.

La financiación a través de los fondos comunes de NNUU se mantuvo en niveles similares a años previos, con algo más de 864 millones de dólares, lo que supone un escaso 4% del total de la respuesta humanitaria internacional.

TABLA 4.2. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL A TRAVÉS DEL FTS EN 2013

Fuente de los fondos	Total en millones dólares corrientes	% del total
Fondos comunes	865	6%
Otros fondos globales humanitarios	13.500	94%
Total	14.373	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS, de UNOCHA

Estos fondos son aportados en su mayoría por gobiernos de los países más avanzados, junto con aportaciones de fundaciones y grandes compañías privadas.

TABLA 4.3. EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN A FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR UNOCHA (EN MILLONES DE DÓLARES)

Ayuda humanitaria	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total Fondos comunes de NNUU	679	854	731	854	900	920	865
CERF Fondo central de respuesta a emergencias	351	425	397	415	466,8	477	491
Fondos comunes humanitarios(CHF)	284	297	243	266	362	368	268
Fondos de respuesta de emergencias (ERF)	44	132	93	172	70,7	74	106

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

Si bien resulta más eficaz la canalización multilateral de la ayuda humanitaria a través de estos fondos, la mayoría de los gobiernos siguen optando por la vía bilateral y multilateral en la financiación de las necesidades humanitarias en los países en crisis.

TABLA 4.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR UNOCHA EN 2013

Fuentes de los fondos	Total en millones dólares	% del total
CERF	491,116	56,80%
CHF	268,42	31,00%
ERF	105,467	12,20%
Total	864,467	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

Se mantiene el mismo patrón en la distribución de los fondos comunes por sector, priorizando la atención de necesidades de salud, alimentación, agua y saneamiento, cobijo y protección.

TABLA 4.5. PRINCIPALES SECTORES POR CANALIZACIÓN DE FONDOS EN 2013

Fondos comunes por sector	Millones de dólares
Salud	196
Alimentos	123
Agua y saneamiento	103
Cobijo	67
Protección	65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

Los Fondos comunes se adjudicaron para su operativización en cada uno de los países con necesidades humanitarias. Dos tercios a través de agencias de Naciones Unidas, fundamentalmente UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, y un tercio a través de ONG internacionales y locales que ejecutaron sus actividades con la población necesitada.

TABLA 4.6. FONDOS COMUNES CANALIZADOS A TRAVÉS DE NNUU EN 2013

Fondos comunes	Millones de dólares
UNICEF	159
PMA	157
ACNUR	76
OMS	64
OIM	51
UNFPA	18
UNRWA	13

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

Los países miembro de la Unión Europea se encuentran entre los principales donantes de los Fondos comunes, en sintonía con la buena práctica de destinar parte de la financiación humanitaria a este eficaz sistema de Naciones Unidas.

TABLA 4.7. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES EN 2013

Donantes de fondos comunes de NNUU en 2013	Millones de dólares
Reino Unido	260
Suecia	152
Noruega	101
Holanda	66
Dinamarca	42
Bélgica	38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

El Fondo Central de Respuesta a Emergencias, creado para proporcionar rápida financiación a las crisis agudas, dispuso de un presupuesto similar al de años previos. Como viene siendo habitual, se destinaron dos tercios a responder a crisis agudas y un tercio para complementar la financiación de emergencias crónicas infrafinanciadas.

TABLA 4.8. PAÍSES DESTINO DE LOS FONDOS CERF EN 2013

Países destino de CERF en 2013	Millones de dólares
Sudán del Sur	47
Siria	40
Filipinas	36
Etiopía	24
Somalia	21
Yemen	19
Líbano	18
Malí	18
Afganistán	17
RCA	16

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CERF

Sectorialmente se destinaron 114 millones de dólares a alimentación, 75 millones a intervenciones de salud y 58,2 millones a agua y saneamiento.

Los Fondos Comunes Basados en País constituyen un mecanismo mediante el cual el donante selecciona el país al que quiere que se destinen los fondos. Existen dos modalidades: los Fondos de Respuesta a Emergencia (ERF) y los Fondos Comunes Humanitarios (CHF).

Los Fondos de Respuesta a Emergencias (ERF) tienen la peculiaridad de ser gestionados a nivel de país; es decir, la aportación del donante, la convocatoria por la agencia líder de la ONU y su resolución se realizan a nivel del terreno. Estos fondos que alcanzaron los 105 millones de dólares, no suelen superar el millón por proyecto y sirvieron para financiar necesidades humanitarias en 45 países.

TABLA 4.9. PAÍSES DESTINO DE ERF EN 2013

Países destino ERF	Millones de dólares
Siria	34
Etiopía	27
Yemen	9
Afganistán	9
TPO	4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

Los Fondos Comunes Humanitarios (CHF) son destinados a crisis complejas, por ello, al contrario de lo que sucede con los fondos ERF, se planifica su asignación con un año de antelación. Los 268 millones de dólares asignados en 2013 sirvieron para financiar principalmente la respuesta humanitaria a conflictos crónicos olvidados en África Subsahariana.

TABLA 4.10. PAÍSES DESTINO DE CHF EN 2013

Países destino de CHF	Millones de dólares
Sudán del Sur	90
RDC	72
Sudán (Darfur)	67
Somalia	32
República Centroafricana	6
Total	268

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNOCHA

La implementación de la Acción Humanitaria es cada vez más compleja debido no sólo a la limitada movilidad de recursos, sino también a la mayor complejidad de las catástrofes naturales que provocan una gran destrucción de infraestructuras y bienes. Estas suponen un gran reto de cara a la reconstrucción que normalmente se dilata desesperadamente en el tiempo.

Por otra parte la respuesta a las crisis por conflictos armados no solo ha sido insuficiente, sino que además sigue siendo lenta y en casos donde la situación humanitaria fue crítica como Siria o RDC el desembolso de los fondos ha llevado meses.

Las organizaciones humanitarias no solo debemos velar por la calidad de la acción humanitaria sino por los destinatarios últimos. Debemos asegurarnos que la ayuda alcanza a las personas en situación de mayor vulnerabilidad por encontrarse en situación de pobreza, de inseguridad o de marginación social.

Sin embargo, en demasiadas ocasiones, seguimos encontrando serias dificultades para el acceso a la población civil víctima. Las limitaciones a las organizaciones humanitarias durante 2013 han sido más duras en zonas de intenso conflicto donde no se ha respetado el Derecho Humanitario Internacional. Un claro ejemplo ha sido el conflicto de Siria, donde las autoridades han sido enormemente restrictivas para autorizar las operaciones de organizaciones humanitarias en las zonas bajo su control a pesar del sufrimiento de la población. La inseguridad de las zonas bajo control

de la fragmentada oposición ha impedido igualmente poder realizar acciones humanitarias con millones de personas en extrema necesidad.

En estos escenarios, los trabajadores humanitarios se encuentran expuestos a importantes riesgos a los que es extremadamente complicado hacer frente. En el pasado año, se ha registrado la cifra récord de 337 trabajadores humanitarios objeto de acciones violentas como secuestros o expulsiones y la inaceptable cifra de 119 asesinatos.

Por todo ello, continuamos denunciando la sistemática violación del Derecho Humanitario Internacional y la falta de acción política internacional que ponga fin a estas situaciones y que permita garantizar el acceso a la población afectada por crisis humanitarias.

3. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNION EUROPEA

La Unión Europea mantiene un elevado compromiso con los valores humanitarios de preservar vidas humanas en situaciones de crisis, al tiempo que evita o mitiga el sufrimiento de quienes las padecen. Para ello establece vías que permiten proporcionar atención en situaciones de emergencia, tanto si estas son agudas como crónicas. Además, este compromiso se extiende a garantizar la dignidad e integridad de las personas mediante el establecimiento de medidas de protección.

La Acción Humanitaria que promueve la Unión Europea sirve para llevar a cabo intervenciones de emergencia, pero también para preparar a la población que sufre crisis recurrentes para la respuesta a futuras situaciones de emergencia. Para esta tarea los estados miembro, aparte de la financiación a través de sus propias agencias de cooperación, realizan aportaciones a Fondos Comunes Europeos. La suma de ambas viene suponiendo, desde hace años, más de la mitad de toda la financiación internacional destinada a la Acción Humanitaria.

En 2013, la Comisión Europea destinó 1.353 millones de euros a financiar la Acción Humanitaria, una cifra muy similar al año anterior. La suma de las partidas de los Estados miembro fue muy superior –las aportaciones de un solo estado, el Reino Unido, con 1.800 millones de dólares superó las aportaciones comunes–. En un año en el que la respuesta internacional se incrementó considerablemente, la contribución de la UE se vio estancada, frenando así la tendencia de crecimiento sostenido de los últimos años.

TABLA 4.11. APORTACIONES DIRECTAS DE LOS ESTADOS DE LA UE PARA FINANCIACIÓN DE AH DURANTE 2013

Estado	Cantidad en millones de euros
Reino Unido	1.800
Alemania	950
Suecia	780
Noruega	600
Francia	430
Holanda	400
Dinamarca	400
Italia	275
Bélgica	250

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

La gestión de las aportaciones de la UE se realiza a través de ECHO⁶, con la Comisaria de Cooperación Internacional, Ayuda Humanitaria y Respuestas a las Crisis a la cabeza. Esta agencia Europea especializada en ayuda humanitaria destinó la mayoría de los fondos a atender emergencias en todo el mundo y, una partida significativa, a la prevención de catástrofes en las regiones en situación de mayor vulnerabilidad. En su conjunto la ayuda sirvió para atender las necesidades humanitarias de 120 millones de personas afectadas por crisis en cerca de 90 países.

Hay que destacar la creación en 2013 del Centro Europeo de Coordinación de la Respuesta de Emergencia, dotado con un sistema operativo ininterrumpido de funcionamiento, que va a permitir garantizar la implementación de la respuesta a las catástrofes y la coordinación de la ayuda proporcionada por la UE.

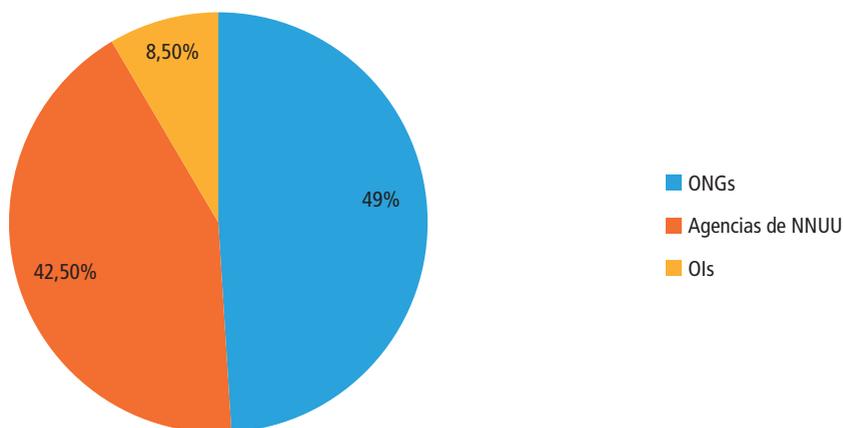
3.1. Canalización de la ayuda de la UE

La Unión Europea, a través de ECHO, actúa como donante, no ejecutando directamente programas de Acción Humanitaria. De esta forma financia la implementación de la ayuda fundamentalmente a través de Agencias Humanitarias de Naciones Unidas, Organizaciones Humanitarias Internacionales y ONG. Hasta un total de doscientas instituciones y organizaciones profesionales especializadas en AH tienen firmado un acuerdo marco de asociación con esta agencia Europea. Esto les permite acceder

6. ECHO es el Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil

a fondos que sirven para financiar las intervenciones de Acción Humanitaria que llevan a cabo en diferentes zonas en crisis.

GRÁFICO 4.1. CANALIZACIÓN DE LOS FONDOS DE ECHO A TRAVÉS DE CONTRATOS CON ORGANIZACIONES HUMANITARIAS EN 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Durante 2013, prácticamente la mitad de los fondos se canalizaron a través de 115 ONG humanitarias, la mayoría europeas con implantación internacional. Algo más del 42% se distribuyó a través de 16 de las Agencias de Naciones Unidas, principalmente ACNUR, PMA, UNICEF, OIM, UNRWA y OMS. El 8% restante se asignó a Organizaciones Internacionales como CICR⁷ y FICMLR⁸. El resto se repartió entre Agencias de Cooperación Gubernamental, compañías internacionales y una partida para asistencia técnica. Se mantiene de esta forma una asignación equilibrada de los fondos a organizaciones humanitarias especializadas para la financiación de sus actuaciones en el terreno.

3.2. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO

En 2013, al igual que en años previos, geográficamente la prioridad de la Acción Humanitaria de la UE estuvo en el continente africano. Éste fue el destino del 40% de

7. Comité Internacional de la Cruz Roja

8. Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

la ayuda proporcionada por ECHO, destacando la financiación para cubrir las necesidades ocasionadas por la crisis del Sahel. Así vemos que se destinaron 77 millones de euros para atender a la población del norte de Malí, inmersa en un conflicto armado, y 39 millones de euros a la República Centroafricana, inmersa en un conflicto recurrente, para atender las necesidades de la población desplazada. Otros destinos estratégicos de la ayuda fueron Sudán y Sudán del Sur y la República Democrática del Congo.

TABLA 4.12. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE ECHO 2013

Región/país	Importe	%
África	544	40%
Sudán y Sudán del Sur	97	
África Central	151	
Cuerno de África	108	
África Austral, Océano Índico	6	
África Occidental	182	
Oriente Medio, Mediterráneo	435	32%
Oriente Medio	425	
Mediterráneo	10	
Asia , Pacífico	186	14%
Asia Central y Suroccidental	82	
Asia Centromeridional	34	
Asia Sudoriental y pacífico	70	
América Central y América Latina, Caribe	56	4%
América Central y América Latina	31	
Caribe	25	
Catástrofes a nivel mundial	20	1%
Protección civil	27	2%
Dentro de la EU	20	
Fuera de la EU	7	
Operaciones complementarias	85	6%
Total	1.353	100%

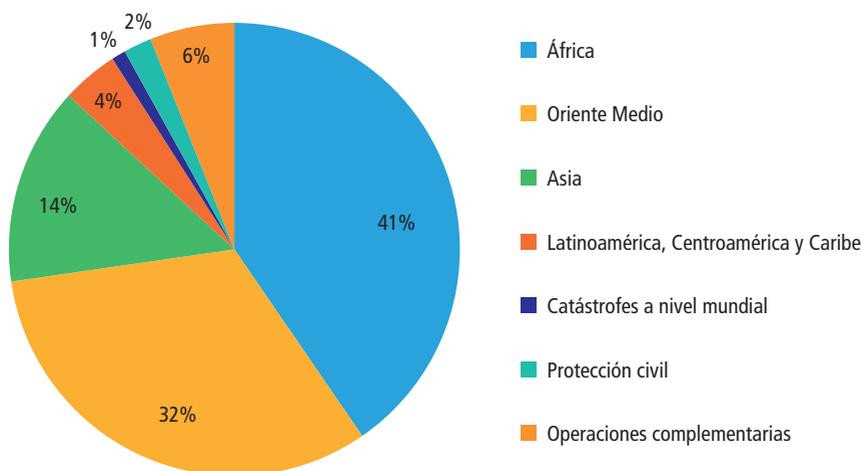
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Oriente Medio, donde el nivel de inestabilidad política ha crecido exponencialmente en 2013, recibió el 32% del presupuesto. Concretamente, a la población desplazada en Siria y a la refugiada en países limítrofes como Líbano o Jordania, se destinaron 350 millones de euros. Otros receptores de ayuda europea fueron la población Palestina y la población Kurda, inmersas ambas en conflictos que perduran en el tiempo.

El continente asiático, también afectado por crisis humanitarias, fue el destino del 14% de la ayuda. Destaca Filipinas, que recibió 180 millones de euros para paliar las desastrosas consecuencias causadas por el Tifón Haiyan a finales de año. La ayuda humanitaria también se dirigió a paliar la destrucción causada por las inundaciones en Bangladesh e India. Otros destinos fueron Afganistán, Pakistán y Myanmar, sumidos en conflictos permanentes con reagudizaciones periódicas de la violencia.

A Latinoamérica y Caribe se destinó el 4% de la ayuda, siendo Haití por cuestiones evidentes, con 30 millones de euros, el principal receptor, seguido de Colombia, cuyo conflicto civil persiste activo a pesar de las acciones para alcanzar la pacificación.

GRÁFICO 4.2. DESTINO GEOGRÁFICO DE LOS FONDOS COMUNES DE LA UE PARA AH EN 2013



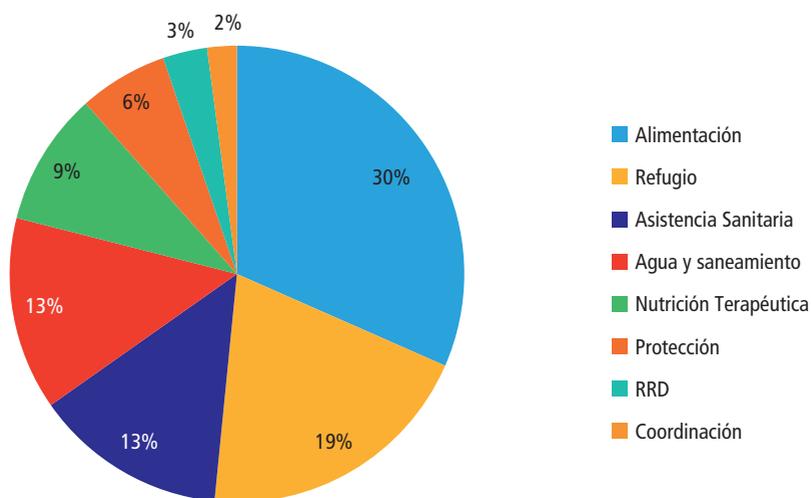
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

ECHO sigue manteniendo el criterio de financiación de crisis en función de necesidades. Lo corrobora el que durante 2013 se hayan atendido principalmente las crisis de Siria y República Centroafricana y la catástrofe en Filipinas.

3.3. Destino de fondos por sectores

La distribución de la ayuda humanitaria por sectores se ha concentrado en 2013 en cubrir las necesidades de la población en situación de emergencia. Así, el 30% se ha destinado a ayuda alimentaria, crucial para la supervivencia de las poblaciones desplazadas o en situación de refugiadas. La provisión de refugio, otra necesidad básica en una situación de emergencia, recibió el 19% del total de la ayuda. Al sector salud se destinó un 19%, un 13% a cubrir las acciones asistenciales y un 9% para atender las necesidades de nutrición terapéutica.

GRÁFICO 4.3. DESTINO DE LA AH POR SECTORES EN 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Respecto de años anteriores, se aprecia una disminución en la partida de protección, lo que no es una buena noticia. ECHO ha venido apostando por financiar la protección de las poblaciones civiles como un elemento sensible en la respuesta humanitaria y pensamos que no debería retroceder en este empeño porque son pocos los donantes que mantienen esta estrategia en un aspecto tan crítico como es el de preservar los Derechos Humanos.

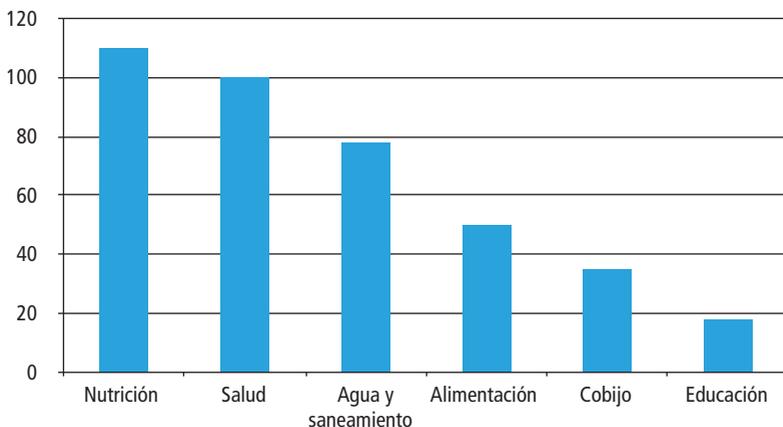
TABLA 4.13. DETALLE DE LA FINANCIACIÓN DE PROGRAMAS DE RDD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS EN 2013

Regiones	Millones de euros
África	121
Oriente Medio y Mediterráneo	22,5
América Latina y Caribe	32,5
Asia y Pacífico	50,5
Cualquier parte del mundo	3,5
Protección civil	6
Total	236

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Algo parecido ha sucedido con la partida destinada a Reducción de Riesgos de Desastres, que después de duplicarse en 2012 vuelve a retroceder en 2013. Una vez definida una política de apoyo a la preparación y mitigación de catástrofes en regiones de alta vulnerabilidad, ésta debería verse reflejada con una dotación presupuestaria suficiente. Apuntar finalmente que sigue siendo clave apoyar los programas con enfoque de resiliencia lo que permitiría a personas y comunidades sobreponerse, con medios adecuados, a la destrucción de los medios de subsistencia causados repetidamente por catástrofes naturales.

GRÁFICO 4.4. DISTRIBUCIÓN DE FONDOS PARA PROGRAMAS DE RDD POR SECTORES.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Por vía de canalización de fondos destinados a RDD, las ONG gestionaron el 75% de los mismos, seguida por las agencias de Naciones Unidas con el 21% y el movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja con el 3%

4. LA ACCIÓN HUMANITARIA ESPAÑOLA

Por cuarto año consecutivo desciende la contribución gubernamental española destinada a AH. La ya exigua cantidad de 72 millones de euros aportada en 2012 se ve reducida a los testimoniales 38 millones de euros en 2013. Esta cantidad se complementa con aportaciones a través del FONPRODE⁹. Supone un recorte del 46% respecto a 2012 y deja a la ayuda neta destinada a AH en tan sólo el 8% de la destinada hace tan sólo 5 años. Se dibuja así un desolador panorama para la ayuda humanitaria española que durante la pasada década se había consolidado en el ámbito internacional como uno de los 10 primeros donantes.

La AH de la Cooperación Española ha supuesto el 2,1% del total de la Ayuda Oficial al Desarrollo. Este dato supone el porcentaje más bajo registrado en los últimos años, muy alejado de la recomendación del CAD de destinar entre un 7 y un 10% del presupuesto de AOD, y del objetivo marcado por la propia Agencia de Cooperación de situar la AH en 2016 en el 10%.

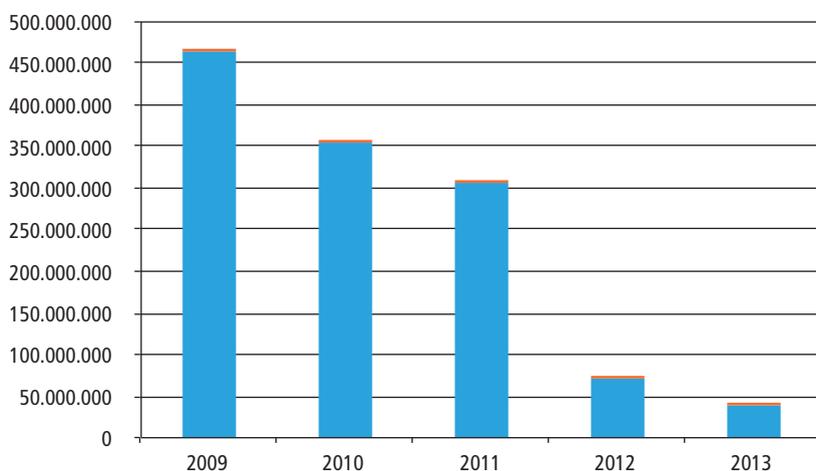
El hundimiento de la financiación gubernamental española contrasta, sin duda, con el incremento general del 20% de la financiación internacional de la AH. España se sitúa a la cola de países de la OCDE-CAD en cuanto a aportaciones, en claro retroceso con la presencia que tenía hace apenas 4 años, cuando era uno de los principales contribuyentes a nivel internacional.

No deja de ser llamativo que el recorte de fondos tenga lugar en un año en el que se han producido grandes crisis humanitarias, como las originadas por los conflictos bélicos en Siria o la RCA, o desastres como el tifón Haiyan, y en el que un tercio de las necesidades humanitarias globales quedaron sin cubrir. La satisfacción de estas necesidades globales implicaba una respuesta más adecuada en consonancia con la dada por la mayoría de los Gobiernos del ámbito internacional.

El gráfico muestra una injustificada tendencia en la reducción de los fondos totales dedicados a AH, lo que traduce el menor interés de la cooperación española por financiar ayuda a situaciones de crisis humanitarias.

9. FONPRODE. Fondo para la promoción del Desarrollo

GRÁFICO 4.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

A los drásticos recortes de la Administración General del Estado, debemos añadir la reducción de las aportaciones de la cooperación descentralizada, lo que explica que la Ayuda Humanitaria se haya reducido en los últimos años en un 92%, situándose en el nivel más bajo desde que se contabiliza por separado esta partida.

4.1. Canalización de fondos

El año 2012 supuso un cambio de tendencia en cuanto a la canalización de fondos destinados a AH, con un importante retroceso en la partida destinada a través de la vía multilateral. Se pasaba de un 75% al 60%. Se argumentó entonces que siguiendo las indicaciones del CAD no computaba la partida estimada para AH en el total de las contribuciones de España a la Comisión Europea. Un año después de computar como multilateral las partidas canalizadas a través de organismos internacionales especializados, se produce un nuevo retroceso hasta el 46% del total de la ayuda. En 2013 ya no caben estas argumentaciones y seguimos observando una clara tendencia a la reducción de esta vía en beneficio de las contribuciones bilaterales.

TABLA 4.14. DESGLOSE DE LA AOD DESTINADA A AH POR VÍA DE FINANCIACIÓN

Vía de financiación	2012	2013	Variación 12/13
Bilateral	29.353.070 €	20.981.538 €	- 8.371.533 €
Multilateral	40.593.926 €	16.853.654 €	- 23.740.272 €
Multilateral	2.084.200 €	1.000.000 €	- 1.084.200 €
Total	72.031.196 €	38.835.192 €	- 33.196.004 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Desglosamos la vía multilateral en multilateral pura y multilateral porque en el primer caso los fondos se colocan a través de los Fondos Comunes gestionados por OCHA, mientras que en la multilateral el donante decide a qué agencia, país y programa destina los fondos. De esta forma se condiciona la planificación estratégica de OCHA para la distribución de fondos en función de necesidades.

Los datos muestran una reducción importante en las tres partidas, pero con un mayor descenso en la vía multilateral. La multilateral se reduce al 43% y la multilateral pura prácticamente desaparece.

4.1.1. LA AYUDA HUMANITARIA BILATERAL

A través de la vía bilateral se canalizaron 21 millones de euros, lo que supone el 54% del total de los fondos destinados a Acción Humanitaria, y un incremento de 13 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

TABLA 4.15. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2012	2013
Entidades públicas del país donante	5.665.266 €	996.362 €
Entidades públicas del país socio		206.144 €
ONGD Internacionales	30.000 €	760.000 €
ONGD del país donante	22.533.084 €	22.131.637 €
ONGD del país socio		793.395 €
Otras ENL del país donante	908.000 €	33.355 €
Otras ENL del país socio		
Universidades públicas del país donante	18.470 €	26.310 €
Partenariados Público-privados	148.250 €	1.000 €
Redes	50.000 €	50.000 €
Otras entidades		- 4.166.666 €
Entidades con ánimo de lucro en el país socio		150.000 €
Total	29.353.070 €	20.981.538 €

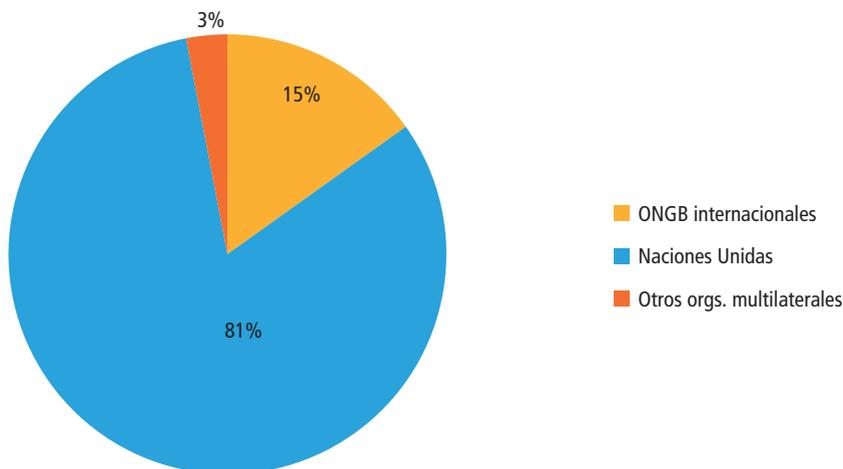
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Las ONG han sido los principales actores canalizadores de la AH bilateral. Esta decisión se valora de forma positiva ya que garantiza la gestión de los fondos según criterios puramente humanitarios. No obstante, esta decisión no debe ocultar que se trata de una escueta partida financiera que, yendo al detalle, es menor a la del año anterior y que es importante la canalización de fondos a través de otros actores, como es el caso, por ejemplo, de las ONG locales. Como venimos manifestando en anteriores informes, esta es una buena vía para fortalecer a la sociedad civil organizada de los países inmersos en crisis.

4.1.2. LA AYUDA HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La partida de la ayuda canalizada a través de la vía multilateral descendió en 2013 un 60%, quedando reducida a 16 millones de euros, una cantidad que básicamente responde al compromiso del gobierno de cumplir con las cuotas obligatorias. El grueso de las aportaciones se destinó a las agencias humanitarias de Naciones Unidas, que recibieron el 81% de los fondos; un 15% se canalizó a través del Comité Internacional de la Cruz Roja y el 3% restante vía otros organismos multilaterales.

GRÁFICO 4.6. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH EN 2013 POR VÍAS DE CANALIZACIÓN EN EUROS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Destaca el incremento porcentual de los fondos asignados al Comité Internacional de la Cruz Roja, si bien descendió la aportación neta a una cuarta parte del año anterior al igual que a la Media Luna Roja Argelina, para apoyo a la población refugiada Saharaui. Entre las Agencias de Naciones Unidas destacan las aportaciones a UNICEF (12,10%), el Programa Mundial de Alimentos (11,40%) y ACNUR (8,70%) y, en menor medida UNOCHA (6,40%) y UNRWA (3,40%), esta última focalizada en la ayuda de la población refugiada Palestina.

4.1.3. LA AYUDA HUMANITARIA MULTILATERAL

Si ya en 2012 la vía multilateral de canalización de fondos para Acción Humanitaria era testimonial, en 2013 es insignificante, un millón de euros asignados a los fondos comunes de NNUU. Tras una apuesta en el pasado por contribuir a estos fondos, especialmente los CERF que permiten responder con rapidez y flexibilidad a las emergencias, pero también a los ERF y CHF que garantizan la planificación y distribución de los mismos así como la colocación en contextos crónicos olvidados, en solo dos años se da prácticamente por finalizado el apoyo a estos fondos clave en la acción humanitaria.

Igualmente podría argumentarse que se ha dejado de computar la gran partida de fondos multilaterales estimados de forma proporcional en la contribución global del estado a la Comisión Europea. Pero como veníamos advirtiendo en informes previos, esto era tan solo una estimación y al no ser una aportación directa a organismos internacionales especializados en Acción Humanitaria, no parecía lógico su contabilización como así ha establecido el CAD.

El abandono de la vía multilateral contrasta con los objetivos marcados por la Cooperación Española de *“apoyo a los fondos globales humanitarios”* y de las indicaciones del propio CAD, que los considera estratégicos para la eficacia de la acción humanitaria.

4.2. Distribución geográfica de la Ayuda humanitaria

Indicar la dificultad de conocer con exactitud el destino de la AH ya que un tercio de las partidas no identifica el destino final debido, principalmente, a que se trata de respuestas a llamamientos no marcados. Por otra parte, cuando se analiza la canalización de la ayuda humanitaria española a través del FTS de OCHA, los datos referentes a España aparecen fragmentados, lo que hace difícil su interpretación.

Si analizamos los dos tercios restantes de la ayuda, observamos que casi una cuarta parte se dirigió a financiar la respuesta a las crisis en Oriente Medio, donde durante 2013 se recrudeció la violencia en varios focos y se mantuvo la tensión y violación de los derechos. Siria, en consonancia con la magnitud de la crisis –más de nueve millones de personas, casi la mitad de ellas menores de edad, necesitadas de ayuda humanitaria para sobrevivir–, fue el mayor receptor de ayuda. Igualmente lo fueron los Territorios Palestinos, prioritarios en la asignación de fondos a través de UNRWA y sobradamente justificado por la grave situación en la que vive la población desplazada de una forma cronicada. También se destinaron partidas, aunque de menor cuantía, a los países limítrofes como Jordania y Líbano, receptores del éxodo de más de 2,3 millones de personas refugiadas.

TABLA 4.16. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR REGIONES DE LA AH ESPAÑOLA

Regiones	2013	%
África del Norte	825.645 €	2,13%
África Subsahariana	6.280.037 €	16,17%
Centroamérica	6.210.963 €	15,99%
Sudamérica	288.275 €	0,74%
Asia Oriental	2.501.735 €	6,44%
Europa	6.000 €	0,02%
Oriente Medio	8.554.641€	22,03%
PVD no especificado	14.167.896 €	36,48%
Total	38.835.192 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

África Subsahariana fue, con un 16%, la segunda región de destino de fondos para ayuda humanitaria. Se dirigieron fundamentalmente a la región del Sahel, donde el conflicto armado unido a la hambruna ha producido un gran éxodo, poniendo en serio peligro la vida de más de 16 millones de personas. Malí, Níger y Mauritania fueron por este orden los países en esta zona que recibieron más AH proveniente de la cooperación española. Sudán, con 1,8 millones de personas desplazadas en la región de Darfur, fue otro de los países que recibieron AH. Situación similar padecen sus vecinos de Sudán del Sur, donde los brotes de violencia interétnica en 2013 provocaron la huida de sus casas de 180.000 personas que estuvieron en las primeras semanas al borde de la muerte. Una menor partida se destinó para ayuda alimentaria a Somalia y la vecina Etiopía, donde la pertinaz sequía y los grandes desplazamientos de población persisten en el tiempo.

Centroamérica y Caribe recibieron casi el 16% de la ayuda. Las necesidades humanitarias en Haití persisten para las 140.000 personas que siguen viviendo en asentamientos improvisados sin vivienda donde alojarse, a lo que se suma una pobreza estructural y la persistencia de la epidemia de cólera más grande del planeta.

Asia se encuentra en cuarto lugar con un 6,4% de los fondos. Se concentraron en Filipinas, afectada por el tifón Haiyan que devastó parte del archipiélago afectando a 15 millones de personas. Fue una emergencia calificada de nivel 3 por la ONU, a la que la Cooperación Española respondió organizando una intervención directa focalizada en agua y saneamiento y, salud.

TABLA 4.17. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR PAÍSES DE LA AH ESPAÑOLA

Países	2013
Siria	4.737.002 €
Territorios Palestinos	2.992.639 €
Malí	2.906.455 €
Filipinas	2.501.735 €
Colombia	1.940.705 €
El Salvador	1.375.716 €
R.D.Congo	1.329.044 €
Ecuador	1.313.641 €
Nicaragua	1.277.000 €
Guatemala	1.239.585 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Indicar que se mantiene, aunque en menor cuantía, el apoyo a la población refugiada Saharai en los campos de Tinduf, en el suroeste de Argelia. En este caso, la ayuda humanitaria se canalizó a través de la Media Luna Roja Argelina y ONG españolas. Situación similar aplica la ayuda dirigida a apoyar a la población desplazada en Colombia. Aunque prosiguen las negociaciones de paz, sigue habiendo unos 5 millones de personas desplazadas en el país, una de las mayores cifras en el ámbito internacional.

Se observa, en la distribución geográfica de los fondos, una orientación hacia los países denominados prioritarios. Si bien la mayoría de ellos fueron afectados por importantes crisis e inmersos en necesidades humanitarias, se aprecia la concentración de la ayuda en aquellos con mayor interés estratégico por la política exterior.

4.3. La Ayuda humanitaria por sectores

Los objetivos estratégicos de la Oficina de Acción Humanitaria (OAH) de la AECID, establecen la concentración de la ayuda en cuatro sectores: seguridad alimentaria y nutricional, agua y saneamiento, salud y protección. Analizando los datos de 2013 disponibles en el FTS, aparece como mayor partida en la asignación sectorial la destinada a salud, 15,9 millones de dólares, dirigidos a financiar intervenciones de atención sanitaria en situaciones de emergencia. Una decisión coherente con las necesidades de las poblaciones afectadas por crisis humanitarias. La salud, es un aspecto crítico para la supervivencia en situaciones de catástrofe o conflicto, espe-

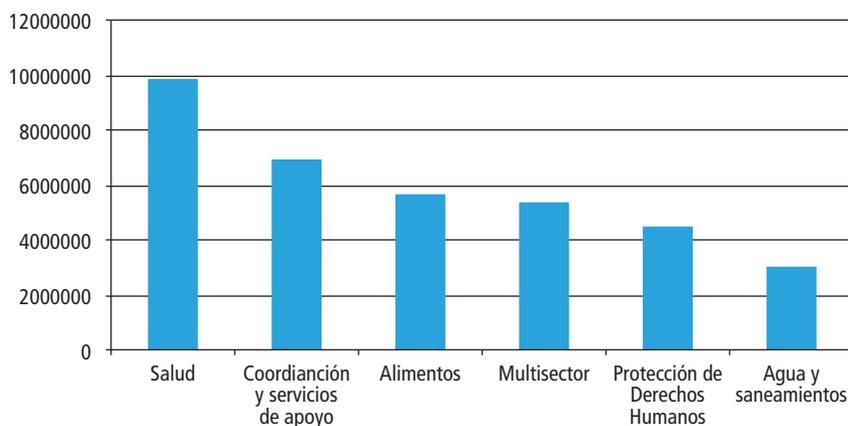
cialmente en contextos de bajo desarrollo o de crisis crónicas donde las personas se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad.

La partida destinada para ayuda alimentaria supuso el 9% del total de la ayuda, que se destinó para financiar acciones fundamentalmente en África Subsahariana, a las regiones del Sahel y Cuerno de África, donde en torno a 20 millones de personas se encuentran en situación de desnutrición crónica. En estos contextos se produce de forma recurrente una evolución hacia la desnutrición aguda de hasta un tercio de las personas afectadas, que precisan de respuestas rápidas para evitar altas tasas de mortalidad. En respuesta a esta situación, parte la financiación fue dirigida a programas de tratamiento de malnutrición aguda infantil.

Agua y saneamiento, otro de los sectores estratégicos de la Oficina de AH, constituyeron casi el 5% del total de los fondos, que se destinaron a la financiación de intervenciones de abastecimiento y distribución de agua limpia en grandes desastres naturales como el sufrido en Filipinas. En estos escenarios, estas intervenciones son básicas para satisfacer las necesidades de la población afectada y evitar la aparición de brotes epidémicos.

La partida destinada a protección, el cuarto sector estratégico de la Oficina de AH, alcanzó el 7% y se destinó al apoyo de los sistemas de protección de la población más vulnerable en zonas en conflicto con población desplazada y refugiada, ya que están expuestas a violaciones de sus derechos humanos que deben ser contundentemente garantizados.

GRÁFICO 4.7. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES EN 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Otros sectores financiados, no definidos como estratégicos por la Oficina de AH, fue la Oficina de coordinación de UNOCHA, en gran parte a través de las cuotas obligatorias, que supone una piedra angular en el sistema de respuesta internacional a las crisis humanitarias. Es crucial el papel de liderazgo institucional para garantizar el rol ponderado de las agencias humanitarias de Naciones Unidas, competidoras para la captación de donantes y gestión de los fondos, así como para garantizar el engranaje y la complementariedad de las agencias sectoriales en la operativización de la respuesta a las crisis. Igualmente es primordial su papel en la articulación y cooperación con las autoridades locales para proporcionar una respuesta basada en necesidades sentidas por la población.

TABLA 4.18. AOD ESPAÑOLA NETA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA EN 2013, POR SECTORES CRS Y CANALES

Ayuda Humanitaria	Bilateral	Multilateral	Multilateral	Total	%
Ayuda y servicios materiales de emergencia	12.271.314 €	16.753.654 €	1.000.000 €	30.024.968 €	77%
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	1.338.185 €			1.338.185 €	3%
Prevención de desastres	7.372.038 €	100.000 €		7.472.038 €	19%
Total	20.981.538 €	16.853.654 €	1.000.000 €	38.835.192 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Para complementar el análisis de la distribución sectorial de la ayuda humanitaria oficial, recurrimos a la información por sectores CRS según criterio del CAD. De esta forma apreciamos que en 2013 tres cuartas partes de la ayuda se destinó a la asistencia de emergencias. Si bien esta es la fase más crítica de una crisis y debe ser cubierta, no menos importante para el bienestar de la población afectada son las fases de reconstrucción y rehabilitación, cuya financiación con un 3% ha desaparecido prácticamente. Se quiebra así otro de los compromisos estratégicos de la cooperación española de vincular la ayuda de emergencia con el desarrollo. Sin embargo se aprecia, con satisfacción, el incremento de la partida destinada a Reducción de Riesgo de Desastres (RRD), que alcanza casi al 20% del total de la ayuda. Se asume así el compromiso adquirido con la firma del Protocolo de Hyogo para mejorar los sistemas de preparación ante desastres en las zonas en desarrollo más expuestas a fenómenos naturales devastadores.

4.4. La Ayuda Humanitaria por agentes

El Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación gestionó la exigua cantidad de 26,8 millones de euros. Aunque se alude a la cifra de 98,5 millones de euros, debemos indicar que esta cifra incluiría las aportaciones del Ministerio de Economía y Hacienda a la Comisión Europea –parte proporcional destinada a ECHO–, y que el CAD remarca no incluir para evitar se compute doblemente en la cifra global internacional donde se atribuye en su conjunto a la Unión Europea.

Dejando al margen las cuotas obligatorias a organismos internacionales, el presupuesto para Acción Humanitaria gestionado directamente por la AECID a través de la Oficina de Acción Humanitaria ha sido enormemente reducido en 2013. Resaltamos con satisfacción la no aparición este año de partidas presupuestarias asignadas como Acción Humanitaria por el Ministerio de Defensa.

En el Plan Director de la Cooperación Española de 2013 a 2016 se plantea como objetivo la mejora de la calidad y la eficacia de la Acción Humanitaria. Para operativizar estos objetivos, es precisa una financiación suficiente que permita que estos criterios se cumplan en la práctica de la Acción Humanitaria. Es obvio que los niveles actuales de financiación son insuficientes para garantizar el cumplimiento de estos criterios en la implementación de la Acción Humanitaria.

La misma conclusión se puede deducir respecto a la línea de protección de las víctimas, con una partida presupuestaria tan reducida que la deja en una declaración de intenciones. También queda en el ámbito de las buenas intenciones la apuesta por el enfoque VARD (Vinculación entre Ayuda-rehabilitación y Desarrollo), pues durante 2013 las partidas destinadas a rehabilitación alcanzaron un insuficiente 3% del total de la ayuda.

Como parte de la estructura de la AECID, la Oficina de AH es la encargada de participar en las instituciones internacionales de Acción Humanitaria y en sus organismos de coordinación. En el ámbito nacional, la Oficina de AH ha liderado el proceso para el establecimiento de un convenio con la cooperación descentralizada que permita articular la respuesta de las diferentes administraciones públicas, a través de una forma complementaria que evite los efectos negativos de la dispersión en la financiación de este tipo de ayuda. Añadir que se ha promovido la constitución de un Fondo Estatal para Acción Humanitaria que tiene como propósito facilitar una respuesta ágil a las emergencias.

También se reconoce la adhesión a las principales iniciativas internacionales para mejora de la calidad, eficacia y eficiencia de la AH, como los Principios de la Buena Donación Humanitaria, el Marco de Acción de Hyogo, la vinculación de la ayuda de emergencia a la rehabilitación y desarrollo, o la responsabilidad de Protección a las

poblaciones civiles. Si bien se aprecia un claro avance en el campo de la Reducción de Riesgos de Desastres, son tímidos los progresos en la responsabilidad de proteger y escasos en el caso de llevar a cabo la operativización de la Buena Donación Humanitaria a través de un Plan de Acción. Aunque no es responsabilidad de la OAH, es preocupante la falta de interés por la operativización del Consenso Europeo de Acción Humanitaria, sin duda básico para garantizar la coherencia de políticas en cuanto a la respuesta humanitaria en función de necesidades.

A parte de la estrategia de intervención directa en las emergencias en los sectores salud y agua y saneamiento, la Oficina de AH continúa manteniendo convenios con ONG humanitarias españolas para la implementación de la Acción Humanitaria. Estos convenios, que alcanzan a 6 ONG, han visto disminuidas las partidas en 2013. Sería recomendable la extensión de este instrumento de financiación de la AH de emergencia al resto de ONG con líneas de intervención en Acción Humanitaria y estabilizar este sistema de financiación.

5. LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

En 2013, los fondos destinados por la cooperación descentralizada a financiar la Ayuda Humanitaria se quedaron en 12 millones de euros. A pesar de la reducida cuantía, esta contribución supuso el 31% del total de la Ayuda Oficial Española destinada a Acción Humanitaria.

**TABLA 4.19. AOD DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA PARA AH EN 2013
POR CANALES**

Agentes	Bilateral	Multilateral	Multilateral	Total
CCAA	8.970.901 €	1.250.000 €		10.220.901 €
EELL	1.773.036 €			1.773.036 €
Universidades	26.310 €			26.310 €
Total	10.770.248 €	1.250.000 €		12.020.248 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Las comunidades autónomas contribuyeron con 10,2 millones de euros, casi 3 millones menos que en el año anterior. Las entidades locales incrementaron ligeramente sus aportaciones mientras que la participación de las Universidades prácticamente ha desaparecido. Una opción para las Universidades, que ya hemos mencionado en

otras ocasiones, pasa porque éstas centraran su contribución en la investigación, desarrollo de conocimiento y colaboración para la formación y capacitación de profesionales en el terreno, en colaboración con organizaciones humanitarias operativas.

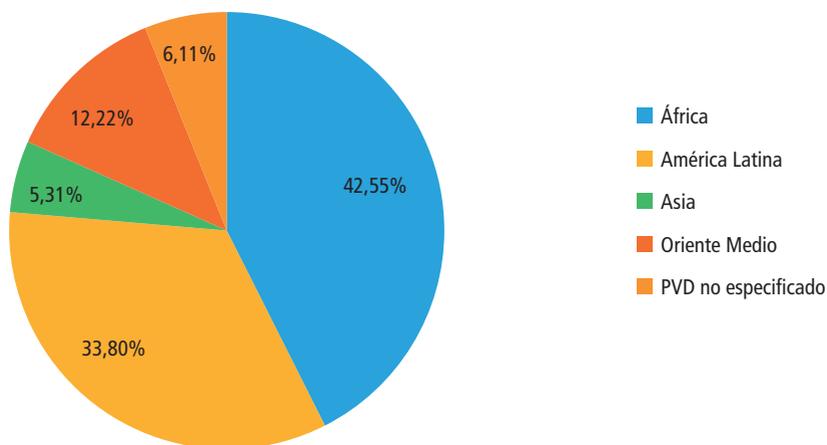
TABLA 4.20. AYUDA HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2013	%
Andalucía	5.199.144 €	50,87%
Aragón	100.000 €	0,98%
Asturias	279.971 €	2,74%
Baleares	235.844 €	2,31%
Cantabria		0,00%
Canarias		0,00%
Cataluña	508.537 €	4,98%
País Vasco	796.395 €	7,79%
Castilla-La Mancha	604.000 €	5,91%
Castilla y León	197.000 €	1,93%
Extremadura	1.142.566 €	11,18%
Galicia	70.000 €	0,68%
La Rioja		0,00%
Madrid	163.566 €	1,60%
Melilla		
Murcia		
Navarra	548.879 €	5,37%
Comunidad Valenciana	375.000 €	3,67%
Total	10.220.901 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

En el desglose por CCAA, se aprecia una destacada contribución por parte de Andalucía que, con 5 millones de euros, supuso la mitad de lo aportado por todas las comunidades juntas. En este contexto cabe resaltar también el esfuerzo de la contribución Extremadura, con algo más de un millón de euros. El resto realizaron aportaciones testimoniales, llegando a desaparecer la Acción Humanitaria de los presupuestos de algunas comunidades.

GRÁFICO 4.8. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Respecto al destino geográfico de la ayuda humanitaria gestionada por las comunidades autónomas y entidades locales durante 2013, el principal destino fue el continente africano que recibió el 42% de estas aportaciones. Se mantiene una acertada tendencia en consonancia con la necesidad de satisfacer las necesidades de millones de personas que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria y se ven afectadas por crisis crónicas y complejas. América latina fue destino de un tercio de la ayuda descentralizada dirigida en parte hacia las poblaciones desplazadas en Colombia y a paliar la situación de los todavía pendientes efectos del terremoto de Haití. Oriente Medio recibió el 12% de la ayuda más que necesaria en una época de reagudización de los conflictos armados y de incremento de la inestabilidad en la región. Llama la atención la escasa financiación destinada a paliar los devastadores efectos del tifón Haiyan en Filipinas, salvo que se realizaran aportaciones con cargo a los presupuestos de 2014.

TABLA 4.21. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE LA AH DESCENTRALIZADA

AH por sectores CRS	2013
Ayuda y servicios materiales de emergencia	6.288.668 €
Ayuda alimentaria de emergencia	
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	1.198.089 €
Prevención de desastres	2.734.144 €
Total	10.220.901 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Por sectores, el reparto de la ayuda se concentra en las acciones de ayuda a la emergencia a la que se destina el 60% de los fondos. Las partidas destinadas a rehabilitación se reducen al 12%, mientras que los fondos para la prevención de desastres supusieron una cuarta parte del total. Si bien se aprecia un mayor interés por financiar la Reducción del Riesgo de Desastres, se debería realizar un reparto más equilibrado en las partidas presupuestadas.

En el análisis global de la cooperación descentralizada, observamos que la tendencia es a seguir reduciendo la financiación de la Ayuda Humanitaria, lo que podría entenderse si hubiera una estrategia clara de estas administraciones por la concentración de recursos en la cooperación al desarrollo. Esta opción sería entendible debido a las características específicas de la Acción Humanitaria que requiere de una respuesta rápida en la asignación y ejecución de fondos, así como una buena comprensión y coordinación con el sistema humanitario de Naciones Unidas.

6. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE TRES DE LAS EMERGENCIAS CON MAYOR IMPACTO DURANTE 2013

6.1. Filipinas. Tsunami

El tifón Haiyan (también llamado tifón Yolanda) golpeó la región de las islas Visayas el 8 noviembre de 2013 con un efecto devastador. El impacto ocasionado por la combinación de fuertes vientos, lluvias y el tsunami, que arrasó pueblos y ciudades en la costa, dejó más de 6.300 muertos y cerca de 4 millones de personas perdieron sus casas. La magnitud del desastre derivó de la excepcional categoría del meteoro

(categoría 5), la vulnerabilidad antrópica pre-existente y la precisión diversa de los sistemas de alerta (el tsunami fue el principal responsable de las muertes).

Como en otras ocasiones, tras una catástrofe de gran envergadura (fue clasificado como un desastre de nivel 3, que precisa una movilización de recursos a nivel global según el *Inter-Agency Standing Committee - IASC*), hubo un despliegue de medios a nivel internacional y local lo suficientemente importante como para hacer frente al gran impacto humanitario ocasionado.

Los daños a la infraestructura dificultaron el acceso y las operaciones de respuesta en la primera fase. No obstante, gracias a la participación de los actores locales y la coordinación con el gobierno filipino, y con otras agencias bilaterales y de Naciones Unidas, fue posible asegurar una respuesta inmediata ajustada a las necesidades de la primera fase de emergencia. Tras la no siempre positiva experiencia de otras respuestas a desastres de gran escala (Mitch en Centroamérica, tsunami Sureste asiático, terremoto en Haití), en esta ocasión se puede hablar de una mayor racionalización de la ayuda y de una coordinación inter-agencial que, en el marco del sistema de clusters ha facilitado el trabajo colectivo y la integración de las instituciones nacionales en la organización y gestión de la fase de respuesta y recuperación.

Los principales daños se han producido sobre:

- Medios de vida y seguridad alimentaria
- Infraestructura habitacional y consecuente desplazamiento
- Salud e infraestructura de higiene

El grado de desprotección sanitaria de la población ha sido un riesgo importante en los meses siguientes al paso del tifón, aunque afortunadamente no se ha registrado ningún brote epidémico. Ha habido problemas importantes de acceso a servicios sanitarios, fundamentalmente en el campo de la atención sanitaria básica, enfermedades prevalentes de la infancia y salud sexual y reproductiva y en la vigilancia epidemiológica. Hoy en día, las estructuras físicas sanitarias, sobre todo a nivel de centros primarios de salud y de consultorios de barrio (*barangays*) en zonas rurales, presentan un deficitario estado de operatividad y sigue habiendo una brecha de servicios importante. La población más vulnerable también ha carecido durante muchos meses de una red de agua y saneamiento, de forma que mucha población no ha tenido acceso a agua segura y al saneamiento básico.

Como siempre el mayor desafío sigue siendo la fase de reconstrucción que requiere de más tiempo. No obstante, la preparación y reducción del riesgo debería asumir protagonismo, así como una adecuada asignación de recursos para ello.

Aun teniendo en consideración lo excepcional de la catástrofe (tifón de categoría 5) que ha golpeado Filipinas, no podemos olvidar que el país está situado en

el cinturón de tifones del sudeste asiático y en el cinturón de fuego del Pacífico, por lo que son numerosos los desastres naturales que la población de Filipinas debe afrontar todos los años. Destacar en este sentido, los esfuerzos que se han hecho en los últimos 6-7 años para mejorar la preparación y reducir el impacto de las catástrofes.

Un ámbito donde todavía queda mucho camino por hacer, es la concreción de acciones y mecanismos institucionales que permitan consolidar un sistema de gobernanza local del riesgo, trasladando las políticas nacionales al plano local con la participación de todos los actores legitimados.

La alerta temprana es, desde luego, un elemento esencial en la prevención de los riesgos de catástrofes. Permite evitar las pérdidas de vidas humanas y reducir el impacto material y económico de las catástrofes. Pero para ser eficaces, los sistemas de alerta temprana deben implicar activamente a las comunidades expuestas, facilitar la formación del público y sensibilizarlo, difundir eficazmente los mensajes y anuncios y vigilar que haya un estado de preparación constante.

Quizá donde menos se ha avanzado es en la cuarta prioridad de acción establecida dentro del Marco de Acción de Hyogo: "Reducir los factores subyacentes del riesgo" y las causas profundas de los desastres (una suma de amenazas que avala la necesidad de un análisis integral multi-amenazas). Esto será uno de los hitos de cara a la revisión del post-Hyogo en la tercera Conferencia Mundial sobre Reducción de desastres que se celebrará en Sendai (Japón) en el mes de marzo de 2015.

Dada la importancia del cambio climático y considerando también la interrelación entre los objetivos post-2015 y la Reducción de riesgos de Desastres (DRR), se vislumbra como prioridad la prevención y reducción del riesgo como factores de mitigación e incremento de la resiliencia en un sentido amplio, como capacidad de anticipación y de mitigación del riesgo a través del incremento de mecanismos de gobernanza del riesgo. El sector salud no debería ser ajeno al escenario de planificación e implantación de políticas y prácticas de DRR en coordinación con otros actores y ámbitos sectoriales.

6.2. Malí. En la crisis del Sahel

La población del Sahel se cuenta entre la más vulnerable del planeta. En los 9 países que integran la región viven 16 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria y 2,5 millones padecen graves carencias en lo que respecta a salud.

Malí tiene una extensión de 1,24 millones de kilómetros cuadrados y, a causa de condicionantes naturales, políticos y socio-económicos, buena parte de su población (un 64%, según los cálculos más fiables) vive por debajo del umbral de pobreza, ci-

frándose en 1,5 millones las personas que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria; de hecho, algunas fuentes estiman que un 10,4% de niños y niñas menores de 5 años sufren algún tipo de malnutrición aguda que, en este grupo etario, constituye la 2ª causa de muerte.

El frágil nivel de gobernanza del país se agravó en 2012 con el estallido de un conflicto abierto en el norte del país. La confluencia por un lado de los movimientos independentistas del *Azawad*, constituidos por miembros de la etnia *tamasheq*, y por otro la actividad de ciertos grupos yihadistas, unido a la incapacidad del gobierno y del ejército para contener la insurrección, provocó el golpe de estado del 22 de marzo de 2012 y la creación de un comité de salvación nacional. La amenaza salafista fue, asimismo, la causa de la intervención del ejército francés (la denominada *Opération Serval*), que prosigue a día de hoy, solapándose con la intervención, iniciada en enero de 2013, de la *Mission internationale de soutien au Mali* (MISMA/AFISMA) auspiciada por la CEDEAO, que en abril fue reemplazada por la MINUSMA, bajo bandera de la ONU.

El conflicto ha provocado una crisis humanitaria de primer orden, contabilizándose en mayo de 2014 un total de 151.150 personas desplazadas que hay que sumar a las 137.211 personas que han tenido que buscar refugio en los países limítrofes.

La combinación de la pobreza estructural del país y las crisis recurrentes, como la mortalidad de ganado en 2010, la sequía en 2011 y la guerra y desplazamiento de poblaciones en 2012 y 2013, ha afectado profundamente a los indicadores de desarrollo humano. Según el Informe del PNUD de 2013, Malí ocupa, con un IDH de 0,344, el puesto nº 182 de un total de 187 países.

Los indicadores de salud del país (WHO's Country Profile, 2012) dan idea de la precariedad de la situación:

Esperanza de vida al nacer: 57 años.

Mortalidad infantil (<5): 128/1.000.

Mortalidad materna: 550/100.000. *(En 2005 la tasa de MM era de 710 muertes por cada 100.000 nacidos vivos).*

Tasa de fertilidad: 6,9 hijos por mujer.

En cuanto a la asignación de recursos financieros a la salud cabe destacar que:

- El cociente entre "Gasto en salud"/PIB descendió desde el 7% en 2007 hasta el 5,8% en 2012.
- El cociente entre "Gasto en salud"/"Gasto general del estado" pasó del 14,8% en 2007 al 12,5% en 2012.

Llegados a este punto, vale la pena recordar las recomendaciones de la Conferencia de Abuja (2001), en el sentido de que el gasto en salud debería alcanzar como mínimo el 15% de los gastos generales del estado.

En definitiva, esta combinación de elementos estructurales con factores coyunturales de índole diversa (ciclos de sequía, crisis agropecuarias, rebeliones armadas, intervenciones externas) derivan en una situación altamente comprometida, que podría ser considerada *emergencia compleja en ciernes*, y que tiene sus manifestaciones más evidentes en las cuestiones alimentarias, la inseguridad general y los movimientos forzados de población.

Por tanto, la seguridad alimentaria, la protección de poblaciones vulnerables y la salud de las personas (y, muy especialmente, la salud reproductiva e infantil) se han convertido en el *núcleo duro* de la agenda de los actores humanitarios presentes en Malí.

En cuanto la Cooperación Española en Malí, a partir de la segunda mitad de la pasada década, una serie de condicionantes políticos (control sobre los flujos migratorios y la amenaza islamista, entre otros) y los bajos indicadores de desarrollo del país, especialmente los sanitarios y educativos, han convertido a Malí en uno de los países prioritarios de la ayuda humanitaria española, con una financiación de algo menos de 5 millones de euros en 2012 y 2013.

Poco menos de la mitad de estos fondos se destinó a seguridad alimentaria y nutrición, y aproximadamente un tercio a protección.

Aunque no cabe duda de que estos sectores son clave en el abordaje de emergencias, la salud es un aspecto crítico para la supervivencia en contextos de bajo desarrollo o de crisis crónicas como el Sahel, donde las personas se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad.

6.3. Siria. Guerra civil y crisis humanitaria.

La revolución social causante de la Primavera Árabe en 2011 se desarrolló de diferente manera según los países. En el caso de Siria, las protestas rápidamente desencadenaron un conflicto político que ha llevado a una sangrienta guerra civil.

Una guerra con multitud de actores, desde el partido en el gobierno con el apoyo del ejército regular, hasta los múltiples partidos y grupos de la oposición con numerosos grupos de milicias combatiendo contra el ejército. Frente a la creencia de que se trata de un conflicto interno, existen importantes intereses regionales de países limítrofes que alimentan a uno y otro bando.

Entre esta multiplicidad de actores encontramos injerencias internacionales en forma de flujos financieros, provisión de armas, entrenamientos militares o intervenciones armadas discretas. La suma de actores, de medios, de objetivos y estrategias

tan diferentes han convertido este conflicto en una de las guerras más sangrientas de las últimas décadas, donde escasamente se respetan los tratados internacionales y, lo que es peor, se han vulnerado flagrantemente los derechos de la población civil sobre la que sistemáticamente se llevan a cabo actuaciones prohibidas por los tratados internacionales como parte de la lucha armada entre distintas facciones, ejércitos o bandos en conflicto.

Los principios fundamentales de protección de las poblaciones, previstas en el Derecho Internacional Humanitario, están siendo permanentemente vulnerados. Se están produciendo ataques indiscriminados contra civiles, que se han convertido en parte de la lógica de la guerra y sufren sus consecuencias, que ocasionan un goteo constante de víctimas y grandes desplazamientos de población dentro o fuera de las fronteras.

Los bombardeos y los combates han causado, desde el inicio del conflicto, más de 100.000 víctimas, un 40% de ellas civiles. A esto se suman ejecuciones, asesinatos selectivos, desapariciones, reclutamiento de menores, torturas y violencia sexual. Se llevan contabilizadas más de medio millón de personas heridas. Además está ocasionando gran cantidad de personas mutiladas y con grandes discapacidades que van a hipotecar de manera absoluta su desarrollo vital, especialmente en el caso de la población infantil. La mayoría de ellas sin posibilidad de recibir una asistencia sanitaria eficaz, por dificultad de acceso, por la falta de dotación de los centros y por la escasez de recursos materiales para proporcionar una atención resolutive.

El temor a los ataques ha provocado la huida de las zonas de mayor conflicto. Se estima que en la actualidad hay 6,5 millones de personas desplazadas dentro del país y 2,3 millones de personas refugiadas en países limítrofes. En otras zonas, donde no se ha producido confrontación directa, miles de civiles han sido forzados a abandonar sus casas, propiedades y ciudades, que en numerosas ocasiones han sido arrasadas para evitar el regreso.

Estos desplazamientos han ocasionado que 9,3 millones de personas se encuentren en situación de dependencia humanitaria. Se estima 4 millones de personas con necesidades alimentarias insatisfechas que condicionan desnutrición. Desde las unidades pediátricas de los centros sanitarios se ha reportado un importante incremento en los casos de desnutrición aguda. A pesar de los llamamientos de NNUU y organizaciones humanitarias 2,5 millones de personas en situación de necesidad siguen sin tener acceso a la ayuda humanitaria.

De una población de 21 millones de personas, la mitad viven actualmente en situación de pobreza. Casi 7 millones de personas se encuentran en situación de pobreza como consecuencia del conflicto y 3,5 millones viven en situación de extrema pobreza. Se estima que el país ha retrocedido 35 años en términos de desarrollo, especialmente en los sectores básicos como ingresos por trabajo, educación y salud.

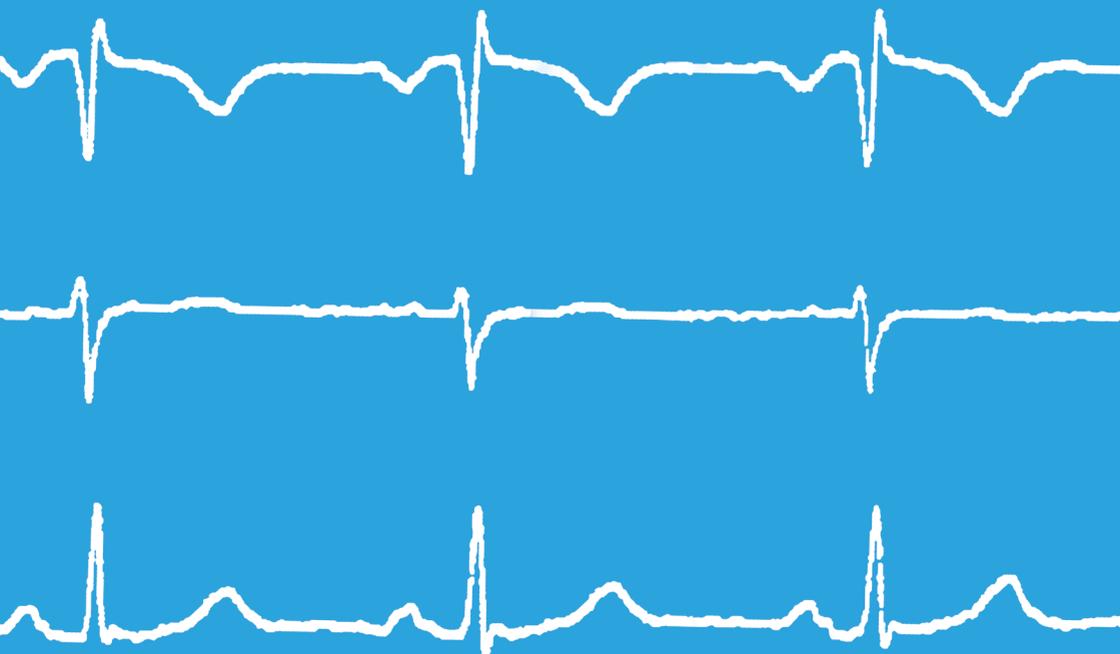
Las consecuencias de la guerra están teniendo un impacto directo en la salud mental de la población. La constante amenaza bajo la que viven está produciendo un gran estrés en la población que, en los casos vulnerables, está desencadenando trastornos mentales difíciles de tratar mientras se mantenga la situación de conflicto. Casi todas las familias o personas cercanas a ellas, han sufrido pérdidas y, en algunos casos, han sido objeto de torturas o de violencia sexual. El trauma vivido en estos casos precisa una atención precoz que de no llevarse a cabo puede ocasionar secuelas psíquicas incapacitantes.

La situación de salud pública se ha deteriorado enormemente, con gran contaminación de los ríos donde se vierten las aguas residuales sin tratar por falta de funcionamiento de las depuradoras. La contaminación de la red de distribución de agua, ha hecho que aumenten las enfermedades transmisibles. A esto se une el colapso de las Instituciones sanitarias, que ha ocasionado un caos en el funcionamiento de los servicios de salud y que está haciendo que proliferen los vectores como insectos y roedores con un incremento de enfermedades de transmisión como la tuberculosis. Más aun, los programas de vacunación se han visto interrumpidos por falta de aprovisionamiento y por las dificultades de acceso por parte de la población.

Pero no solo la deteriorada salud pública está afectando a la población Siria; también la capacidad de atención sanitaria se encuentra notablemente mermada debido a la destrucción de infraestructuras sanitarias. El 60% de la red pública de hospitales se ha visto afectada, con un 38% sin capacidad de proporcionar servicios y el otro 22% con capacidad limitada en su funcionamiento. Las instalaciones que permanecen en buen estado sufren los continuos cortes de electricidad, la falta de mantenimiento de sus equipos, o carecen de material fungible o de medicamentos básicos para prestar atención adecuada.

Ante este escenario, la acción de las Organizaciones Humanitarias independientes tienen limitado el acceso a la población civil por restricciones gubernamentales en un caso, y por la situación de inseguridad en otro. Se debería haber incrementado la acción de Naciones Unidas para facilitar el acceso a la población víctima del conflicto, pero poco se ha avanzado en esta necesidad desde el inicio del conflicto. Como tampoco en la respuesta de los estados para financiar la ayuda a la población, ya que apenas si se han cubierto el 45% de las necesidades tras los llamamientos urgentes desde la Oficina de Coordinación de la Ayuda Humanitaria de Naciones Unidas.

Mientras se mantienen largas e infructíferas negociaciones en Ginebra, la población Siria se mantiene en el filo de la supervivencia y sufre las consecuencias de la falta de alimento y de la necesaria atención sanitaria. Mientras se consigue el acceso a la población en Siria, la acción humanitaria tendrá que seguir concentrándose en la asistencia a los más de 2 millones de refugiados asentados en los países limítrofes de la región.



CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i) A menos de un año para llegar al 2015, fecha fijada en el año 2000 por la comunidad internacional para alcanzar los Objetivos del Milenio (ODM), a pesar de los grandes avances conseguidos en algunos indicadores, los ODM en salud no se van a alcanzar, y sigue existiendo una inequidad evidente.

La meta 1 del ODM 1 de reducir a la mitad el número de pobres en las regiones en desarrollo globalmente se ha alcanzado, al igual que el objetivo de mejorar el acceso a una fuente mejorada de agua potable, que se logró en 2010. Pero los ODM de salud, a pesar de haber avanzado enormemente, disminuyendo prácticamente a la mitad la mortalidad infantil y materna y con grandes avances en la lucha contra enfermedades prevalentes, no conseguirán los resultados previstos. Una falta de compromiso real con los ODM, cuya financiación ha sido constantemente deficitaria; una falta de indicadores fiables para poder medir los avances reales; una debilidad estructural en muchos países que no les permiten alcanzar los progresos necesarios; el centrarse únicamente en lograr las cifras de los ODM con estrategias verticales sin tener en cuenta la sostenibilidad de las acciones ni priorizar donde mayores problemas existen (África sigue siendo, pese a sus avances, la región con mayores problemas de salud); una forma de enfocar la salud muy selectiva sin tener como ejes de todas las acciones el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la multidisciplinariedad de la salud y la Atención Primaria de Salud;..., son las principales causas de no haber alcanzado los ODM.

Para evitar futuros fracasos y poder cumplir los compromisos internacionales en salud de forma sustentable y eficaz, hace falta apostar por la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.

(ii) A partir de 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles serán las nuevas metas que propone la comunidad internacional para aunar esfuerzos para el desarrollo. En salud, la OMS propone como el objetivo mundial principal para

la salud en los próximos años la Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Pero al compromiso político le debe seguir un compromiso financiero.

La nueva agenda mundial de desarrollo a largo plazo, pretende abordar los ODM no finalizados y presenta 17 ODS y 169 metas para enfrentarse a los acuciantes desafíos del desarrollo sostenible a nivel mundial. La salud se concentra en un solo ODS, en vez de en tres, e incorporan las enfermedades que los ODM no tenían presentes, como las crónicas o las olvidadas. Y una de las metas es la CSU, que es el eje que pretende impulsar la OMS, pero que se queda corto si abogamos por el derecho a la salud. La implementación de la nueva agenda requerirá de unos recursos financieros que están muy por encima de los desembolsos actuales de Ayuda Oficial al Desarrollo y de los recursos nacionales actuales de los países. Las primeras estimaciones sobre la financiación de la agenda post 2015 indican que se necesitarían, cada año, 37.000 millones de dólares para salud, 26.700 millones para agua y saneamiento y más de 50.000 millones para alimentación y agricultura por encima del gasto actual.

Además de mejorar la eficiencia y aumentar los presupuestos nacionales y de cooperación en salud (15% del presupuesto nacional local y 15% del total de la AOD de los donantes), será preciso activar otros mecanismos innovadores de financiación adicional, como la tasa a las transacciones financieras o la tasa a las emisiones de carbono a nivel internacional. También será necesario un compromiso global para la erradicación de los paraísos fiscales y contra las prácticas de evasión y elusión fiscal, así como el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva, que permiten redistribuir la riqueza, pagando más impuestos quien más tiene, y utilizando parte de esos recursos en la mejora de salud.

(iii) La llegada del actual brote del ébola a Occidente ha puesto en el primer plano de la actualidad a esta epidemia, y nos deja varias lecciones sobre la importancia de desarrollar una estrategia de salud global.

La mayor epidemia de ébola que jamás ha sufrido el mundo nos está mostrando que las enfermedades no tienen pasaporte, y que en un mundo globalizado en muchos sectores es necesario pensar en trabajar por una salud global que permita solucionar los viejos y nuevos retos. Una de las consecuencias más agudizadas es la invisibilización y falta de atención de las enfermedades más prevalentes en la zona, que en este momento no están en la agenda de salud y están aumentando sus tasas de morbi mortalidad, afectando a mucha más gente que la propia epidemia del ébola.

La propagación de esta enfermedad se ha debido principalmente a dos factores:

1. Los países afectados tienen sistemas de salud muy frágiles, agravado por el hecho de que la mitad de sus médicos migran a nuestros países, no disponen de medios adecuados y que hay patrones culturales que son difíciles de cambiar, particulares y respetables, y que ayudan a la propagación de la enfermedad. Sin embargo, la experiencia de Nigeria nos muestra que este brote era controlable, si se ponen los medios y la comunidad participa en las soluciones.
2. La comunidad internacional ha respondido con retraso, ya que la ONU solamente consiguió el 30% de lo que solicitó para controlar esta enfermedad.

En España hemos tenido 2 casos importados y una persona afectada mientras cuidaba a los enfermos. La alarma mediática y social causada por la presencia de esta enfermedad desconocida en nuestro territorio ha provocado información contradictoria sobre cómo se ha gestionado. Lo que es innegable es que se constata la necesidad de mantener una o varias unidades de referencia eficientes y eficaces sobre enfermedades tropicales en nuestro país con los medios técnicos más avanzados, que aseguren en el futuro soluciones a problemas derivados de este u otro tipo de enfermedades desconocidas en nuestro entorno.

Para evitar ésta y nuevas epidemias mundiales, es necesario, además de una respuesta rápida y eficaz ante las emergencias sanitarias, establecer una estrategia global que fortalezca los sistemas de salud de todo el mundo, estableciendo mecanismos claros de participación de las comunidades en la implementación de soluciones

(iv) En 2013 se ha producido una recuperación de la AOD del conjunto del CAD, alcanzando la mayor cifra de AOD neta de la historia.

La mayoría de los países del CAD han incrementado su AOD entre 2012 y 2013. Esta es una buena noticia, especialmente si se convierte en tendencia. A mitad de 2015 se celebrará una Conferencia de Financiación del Desarrollo en Addis Abeba en la que se deberían reforzar los compromisos de financiación del desarrollo a futuro y, entre ellos, los relativos a la AOD. Con todo, algunos otros aspectos –deuda externa, comercio, inversión extranjera directa, flujos financieros internacionales...– pueden ser más importantes incluso que la AOD para la financiación del desarrollo.

En este próximo año de tránsito entre la agenda de los ODM y la nueva agenda de desarrollo que deberá estar vigente en los próximos 15 ó 20 años, es crucial que la

comunidad internacional, y especialmente los países del CAD, refuercen sus compromisos de financiación del desarrollo de cara a hacer viable el desarrollo de la agenda, alcanzando el 0,7 % del PIB comprometido hace muchos años, compromiso que solo cinco países cumplen y del que España está muy lejos.

(v) Se consolida la tendencia de crecimiento de la importancia de AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.

En 2012 (último año del que disponemos de datos de la AOD del CAD desagregados sectorialmente) el conjunto de países del CAD destinaron el 14,15 % de toda su AOD al sector salud. Sin embargo, en el caso de las instituciones europeas, entre 2011 y 2012 se produjo un descenso de la AOD sanitaria tanto en términos absolutos como relativos, de manera que solo destinaron un 3 % de su AOD a salud.

A la vista de la importancia que la salud tendrá en la agenda post-2015, es necesario que los países miembros del CAD mantengan un compromiso estable y predecible de financiación de este sector, debiendo las instituciones europeas aumentar el peso que asignan a la salud en sus políticas de cooperación.

(vi) La salud sexual y reproductiva sigue siendo el principal subsector al que se dirige la AOD del conjunto CAD, con más de la mitad de la ayuda en salud.

Del total de fondos destinados a salud en 2012, un 11,2 % se destinaron al subsector de salud general, un 36,73 % a salud básica y un 52 % se orientaron a salud sexual y reproductiva, destacando el componente de atención a infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/sida) que absorbió el 38,5 % de toda la AOD en salud. Sin restar importancia a la financiación de la atención del VIH/sida, debería darse un incremento de fondos que equilibre la financiación de los otros componentes y subsectores de salud, especialmente de aquellos más orientados al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.

Dentro del esquema de reparto de la AOD en salud por subsectores y componentes, es importante que se dé una alta prioridad a aquellos componentes que contribuyan en mayor medida al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y al enfoque de atención primaria de salud. Esto será especialmente importante en la futura agenda de desarrollo, en la medida que se va consolidando la apuesta por la cobertura universal de salud.

(vii) En 2013 se ha producido un ligero incremento de la AOD española en su conjunto que no es suficiente para revertir el descenso de los últimos años ni para acercarnos a la media del CAD.

Tanto si se considera la magnitud de la AOD neta como de la AOD bruta, después de varios años de fuertes descensos, en 2013 se ha producido un incremento de la AOD de más del 11 % (16 % si se considera la AOD bruta). Pero España destina en 2013 el 0,16% de su PIB a AOD, muy lejos de la media del conjunto de donantes, que prácticamente le dobla con el 0'3%. Además, de acuerdo a la Comunicación 2014, en este año se prevé un nuevo descenso del 9 % en la AOD bruta (de acuerdo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2015, para el año próximo el volumen de AOD se mantendría prácticamente igual al previsto para 2014).

Después de los fortísimos descensos experimentados por la AOD española en el periodo 2010-2012 sería esperable que, en la medida que se comienza a hablar de recuperación económica en nuestro país, la política de cooperación, que fue la que sufrió en mayor medida los recortes, sea de las primeras en sentir la recuperación. De cara a las negociaciones sobre la futura agenda de desarrollo post-2015, la Cooperación Española debería transmitir señales positivas de recuperación y mayor compromiso, comprometiéndose a establecer una hoja de ruta veraz para acercarse a la media del CAD, y posteriormente alcanzar el compromiso del 0'7% lo antes posible.

(viii) En 2013 se ha detenido el descenso de la AOD para el sector salud, pero no hay señales claras de recuperación.

Después de que la AOD bruta española para el sector salud se redujera en el trienio 2010-2012 casi un 85 % respecto al nivel más alto alcanzado en 2009, en 2013 ha habido una ligera subida del 3 % respecto al año anterior, debido principalmente al aumento de las CCAA. Sin embargo, en términos relativos, la salud ha seguido perdiendo peso en el conjunto de la AOD española, situándose en un 4,12 %. Además, a la vista de la AOD planificada en la Comunicación 2014, la AOD en salud volverá a bajar este año casi un 60 % y se situará en el 1,84 % del total de la AOD.

Es importante que la dotación de recursos de AOD que reciba el sector salud sea coherente con la importancia que históricamente ha tenido este sector en nuestra cooperación. En este sentido, es necesario que el sector salud deje de perder peso relativo en nuestra cooperación y comience una senda de recuperación.

(ix) El componente de políticas sanitarias, muy orientado al fortalecimiento de sistemas de salud, copa el 36,5 % de toda la AOD en salud.

Desde el punto de vista de su desagregación en subsectores y componentes, la AOD española en salud se ha orientado en mayor medida al componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), muy importante para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, al que se destinó el 36,5 % de toda la AOD en salud, si bien un parte importante de los fondos son las contribuciones obligatorias de España a la OMS. Igualmente destacadas han sido las aportaciones a atención sanitaria básica (12220) y atención en salud reproductiva (13020).

Resulta muy positivo que la Cooperación Española continúe priorizando componentes que refuerzan el fortalecimiento de sistemas públicos de salud y el enfoque de atención primaria.

(x) La AOD de las CCAA ha descendido en 2013 en su totalidad, pero ha aumentado la destinada al sector salud.

Desde 2008 la AOD de las CCAA ha mantenido una trayectoria de descenso que supone una reducción acumulada de más del 70 % hasta 2013. Sin embargo, la AOD que las CCAA destinan al sector salud se incrementó en 2013 un 15 % respecto al año anterior, principalmente por el aumento de Cataluña y Andalucía, que aportan la mitad de la AOD en salud de las CCAA. En el caso de los EELL, su AOD general se ha incrementado en 2013 muy ligeramente y la parte destinada a salud se ha mantenido al mismo nivel que el año anterior.

Es conveniente que la cooperación descentralizada dirigida al sector salud se desarrolle con más constancia y previsibilidad, sin tantos altibajos. Siendo los servicios de salud una competencia transferida a las CCAA, éstas pueden aportar experiencia y conocimiento en la cooperación en este sector.

(xi) 20 años después de la movilizaciones por el 0,7 que impulsaron el compromiso de la cooperación descentralizada, esta sigue en la cuesta abajo.

En cinco años la cooperación de las CCAA y EELL se ha reducido un 70 %. Varias CCAA y EELL que tuvieron una trayectoria importante y creciente de compromiso con la cooperación han desaparecido del escenario. Doce CCAA volvieron a reducir su AOD en el último año y la aplicación de la ley de racionalización y sostenibilidad

de la Administración Local va a dificultar enormemente la posibilidad de que muchos municipios sigan haciendo cooperación.

La cooperación de las administraciones autonómicas y locales ha sido durante dos décadas un elemento valioso y diferenciador de nuestro sistema de cooperación que debería ser preservado, mejorado y potenciado, no simplemente descartado.

(xii) La Ayuda Humanitaria Internacional alcanza en 2013 la cifra récord de 22.000 millones de dólares, sin embargo la magnitud de las necesidades ha hecho que se quedaran sin cubrir las necesidades humanitarias de 30 millones de personas.

A pesar de que hablamos de cifra récord en la aportación de fondos para la acción humanitaria internacional, no ha sido suficiente para cubrir todas las necesidades humanitarias. Naciones Unidas sólo logró cubrir el 65% de las necesidades a través de los llamamientos consolidados y de emergencia realizados por UNOCHA. Esto significa que las necesidades humanitarias de unos 30 millones de personas han quedado sin ser cubiertas durante el pasado año.

Los Gobiernos de los Estados miembro de Naciones Unidas, especialmente los de economías más avanzadas, deben hacer frente al compromiso de apoyar financieramente a organizaciones humanitarias especializadas, especialmente a través de los fondos comunes de Naciones Unidas. Las necesidades humanitarias de las poblaciones en situaciones de crisis por catástrofes naturales o conflictos armados, deben ser satisfechas de inmediato, para garantizar su supervivencia.

(xiii) Se estanca la financiación de las Instituciones Europeas a la Acción Humanitaria y disminuyen las partidas de ECHO para Protección, Reducción de Riesgos de Desastres.

La Unión Europea mantiene un elevado compromiso con la Acción Humanitaria y sigue siendo el principal financiador internacional si se suman las aportaciones de los Estados junto con las contribuciones a los Fondos Comunes Europeos, asignados a la Acción Humanitaria por las Instituciones Europeas. Estos últimos supusieron 1.353 millones de euros, una cifra muy similar a la de 2012, rompiendo así la tendencia de crecimiento sostenido de los últimos años. A esto, se suma la disminución en las partidas de protección de las poblaciones civiles y de reducción de riesgos de desastres claves para reducir el impacto de las crisis en las personas y las comunidades.

Es importante que las Instituciones Europeas incrementen de nuevo los recursos destinados a la ayuda humanitaria en consonancia con las crecientes necesidades y las llamadas internacionales que se realizan a lo largo del año y que apoyen con suficientes fondos las partidas de Protección y RRD.

(xiv) La financiación de la Acción Humanitaria en la Cooperación Española, tanto la bilateral como la canalizada a través de los Fondos comunes de Naciones Unidas, toca fondo.

Por cuarto año consecutivo desciende la contribución gubernamental española destinada a Acción Humanitaria. La ya exigua cantidad de 72 millones de euros aportada en 2012 se ve reducida a tan solo 38 millones de euros en 2013, mientras que la canalización de fondos a través de los Fondos comunes de Naciones Unidas, de los que España era uno de los principales donantes, queda reducida a una aportación testimonial de un millón de euros.

La financiación de la Acción Humanitaria prevista para 2015, apenas llegará a los 18 millones de euros, lo que lleva de forma inexorable a la desaparición de la Acción Humanitaria en la Cooperación Española.

La Acción Humanitaria sigue siendo más necesaria que nunca, al elevado número de desastres naturales se suman el recrudecimiento y aumento de los conflictos armado, la violencia y la aparición de nuevas emergencias sanitarias como el ébola cuyo impacto no para de crecer. Por todo ello es crítico que la Cooperación Española cumpla su compromiso de destinar el 10% de la AOD a Acción Humanitaria en 2016 e incremente de forma importante la financiación de los Fondos comunes de Naciones Unidas.

